سلسلة نظرية العقل في التربية الخاصة 5

التوحد

رؤية الأهل والأخصائيين

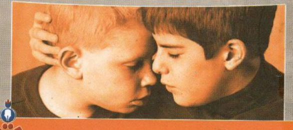
Autism

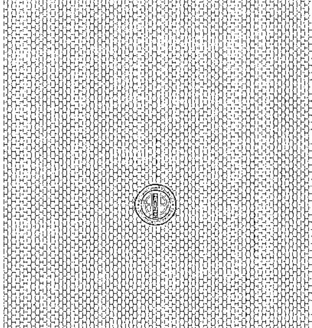
nts & Professional's Perspec

الدكتور
محمد صالح الامام
أستاذ التربية الخاصة المشارك

الدكتور
فؤاد عيد الجوالده
دكتوراه في التربية الخاصة

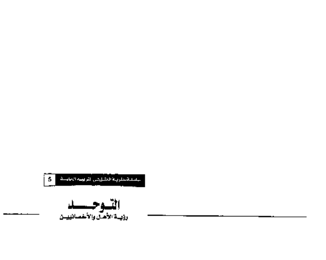
كلية العلوم التربوية والنفسية
جامعة عمان العربية للدراسات العليا











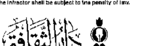
المملكة الأردنية الهاشمية/رقم الإيداع لدى دائرة المكتبة الوطنية: (2010/7/2725)

616,83
الإمام، محمد صالح
التوحد رؤية الأهل والأخصائيين/محمد الإمام
فؤاد الجوالدة - عمان: دار الثقافة 2011
رقم الإيداع: (2010/7/2725)
الواصفات: /التوحد//الأمراض العقلية//الطب النفسي//

* أعدت دائرة المكتبة الوطنية بيانات الفهرسة والتصنيف الأولية

ISBN 9957-16-657-1

الطبعة الأولى 2011م - 1432هـ



المركز الرئيسي: عمان - وسط البلد - قرب الجامع الحسيني - عمارة الحجيري
هاتف: 4646361 6 (962 +) فاكس: 4610291 6 (962 +) ص.ب 1532 عمان 11118 الأردن

فرع الجامعة: عمان - شارع الملكة رانيا العبدالله (الجامعة سابقاً) - مقابل بوابة العلوم - مجمع عربيات التجاري
هاتف: 5341929 6 (962 +) فاكس: 5344929 6 (962 +) ص.ب 20412 عمان 11118 الأردن

Website: www.daralthaqafa.com e-mail: info@daralthaqafa.com

تصميم وإنتاج
مكتب دار الثقافة للتصميم والإنتاج

سلسلة نظرية العقل في التربية الخاصة **5**

التوحد

رؤية الأهل والأخصائيين

الدكتور
محمد صالح الإمام
أستاذ التربية الخاصة المشارك

الدكتور
فؤاد عيد الجوالده
دكتوراه في التربية الخاصة

كلية العلوم التربوية والنفسية
جامعة عمان العربية للدراسات العليا



1432هـ-2011م



الإهداء

إلى مشاعل الفرح ونبراس الهدى

إسلام . . . عمر . . . يمنى . . . حازم

الدكتور محمد صالح الإمام

إلى بلسم الحياة

حسام . . . هبة . . . عبد الله . . . يامن

الدكتور فؤاد عيد الجوالده



شهادة حق

للأستاذ المراعي . . . . والقلب الواعي

الدكتور محمد صالح الإمام

لولا المعلم ما قرأت كتاباً يوماً ... ولا كتب الحروف براعي

فبفضله جزت الفضاء محلقاً ... وبعلمه شق الظلام شعاعي

حقيقة يعجز اللسان عن وصف أستاذي الدكتور محمد صالح الإمام في كل أفعاله، فهو يجمع بين مكارم الأخلاق وبين حبه لخدمة العلم والمعرفة وهو ليس طامعاً في شيء، بل يصبو إلى مد يد العون للجميع بخلق رفيع المستوى.

بحثت عن الثقافة . . . فوجدتك ذا معرفة واسعة، والتمست القدوة فرأيت المعلم والأخ والصديق الوفي، ووجدت ذلك التناغم الحقيقي بين المعرفة التي تقدمها لطلابك في أسلوب مميز وسلوك قويم . . . فقد غرست المحبة في نفوس الطلاب وأنا منهم، وامتلكت قدراً من الاستقرار النفسي وأحسنت الاستماع والاستقبال، وامتلكت فضيلة الصبر وسعة الصدر والجلد والوقار والاطمئنان، والفصاحة وطلاقة اللسان، وقوة البيان، وجمال التعبير، وتسلسل الحديث، لذا . . . بعثت في السكينة والإشراق.

فكنت المعلم والأخ والصديق الذي نور لي دربي، ورعيتني في مالي وأهلي وولدي وعرضي، وكنت معي في السراء والضراء وفي الفرح والحزن، وفي السعة والضيق.

يقول الشاعر:

علمت أقرانك من بحر علمك	وكنت لهم يربي نعم المهاد
شهادة مني إليك يا صاحبي	أخشى عليك بذكرها من غيرة الحساد

حقيقةً .. أستاذي الدكتور محمد صالح الإمام يصعب إيجاد أمثالك ... ويصعب تركك ...
ويستحيل نسيان أفضالك.

لذا أرى أنه من واجبي النظر إليك بعين الاحترام والإجلال والإكرام والتواضع لك، لأن في تواضعي لك عزاً ورفعة لي ...

أستاذي أيها العملاق الشامخ في عالم العلم والمعرفة، وصاحب الأفكار النيرة، والمجدد دوماً لك شكري وتقديري وإعجابي بشخصك الكريم.

دمت يداً بيضاء مفتوحةً للجميع

وأسأل الله أن يجزيك خيراً ومثوبة بإذنه تعالى

د. فؤاد عيد الجوالده

عمان في 2010

الفهرس

الباب الأول
التوحد "وجهة نظر الآباء"

الباب الثاني
التوحد رؤية الأخصائيين

قائمة الأشكال



مقدمة الكتاب

لقد تم بفضل الله عز وجل الانتهاء من الكتاب الخامس من سلسلة نظرية العقل في التربية الخاصة، ونحن ساجدين لله، أن منحنا الله قوة التحمل والصبر وبذل الجهد: فالجهد بالفتح تعني المشقة والطاقة: وبالضم تعني الطاقة فقط، ومن قوله تعالى: ﴿وَٱلَّذِينَ لَا يَجِدُونَ إِلَّا جُهۡدَهُمۡ﴾ (سورة التوبة آية 79).

ونطلب من القارئ العزيز الدعاء لتحمل المشقة والمزيد من بذل الطاقة لإنجاز عمل أحببناه، وحاولنا به أن نفتح مجالاً جديداً للاجتهاد، فنطمع في أجر على هذا الاجتهاد، وأجر على إصابة الحق: لأن في إصابة الحق إظهاراً له وعملاً به، وإن أخطأنا فقد حصدنا أجراً، والخطأ مغفور بإذن الله.

نرجو من كل المنصفين وهم قراء هذه السلسلة: أو إحدى إصداراتها، الوقوف بالنقد والاقتراح لمزيد من التعلم والتطوير، وتجنب الأخطاء والاقتراب والاقتداء، نحو تعظيم العطاء وتدسيم الخبرات، والنحو لكل جديد: لطرحه في كل جزء من السلسلة، وفي هذا الجزء على وجه التحديد، احتوى الكتاب على بابين، حيث تناول الباب الأول التوحد "رؤية الأهل" وجاء في سبعة فصول، احتوى الفصل الأول: تعريفات وتصنيفات، والفصل الثاني: التشخيص، والفصل الثالث: أسباب التوحد، والفصل الرابع: التطور، والفصل الخامس: النظريات، والفصل السادس: العلاج، والفصل السابع: طرح مجموعة من الأفكار، بينما تناول الباب الثاني التوحد "رؤية الأخصائيين"، وجاءت على نفس عناوين الفصول السبعة السابقة.

وكل هذه الفصول أبرزت، أن نقص المعلومات حول الأشخاص ذوي التوحد ناجم عن قلة الإدراك لسيكولوجية هذه الفئة: وينشأ عن نقص في الخبرات المشتركة والمعتقدات والاتجاهات، وأنه بالإمكان إنجاز فهم متبادل: يتعلم قراءة العقل.

وإذا ما رغبنا في إنجاز نوعية أعلى من الحياة للجميع، يكون هذا من خلال العمل مع بعضنا البعض، بدلاً من العمل بشكل منفصل: فالتكاملية إنجاز، والانفرادية إظهار، ويحتاج هؤلاء الأشخاص ذوي التوحد لآباء وأخصائيين معدين ومؤهلين لأنهم بحاجة للمساعدة في معالجة المشكلات المتعلقة بالتوحد، وتوابعه.

ويحتاج الآباء لأخصائيين، لكي يتعلموا عن التوحد، وكيف يكون الوضع عند العيش وطرق التواصل معهم، وإمكانية توفير العلاج المناسب لمساعدة الطفل والعائلة لتحسين نوعية الحياة، ويحتاج الأخصائيون لآباء يعرفونهم عن حالة أبنائهم، ويساعدوهم في تفسير سلوكياتهم، وإذا توحدت المجموعات الثلاث ـ آباء، أخصائيين، أشخاص ذوي توحد ـ في بذل الجهد فإن الطريق نحو رؤية العقل يكون قد مُهد.

حينئذ تدب روح التشاركية والتعاونية والتلاحم والعطاء من خلال مجموعات مشتركة من أجل هدف رئيس واحد، وهو تطوير العمل بمبادئ ومنطلقات نظرية العقل، وأن نفتح الأبواب على الجديد، دون خوف أو ترهيب من جهة، وما هو مختلف من جهة أخرى، فالأولى تخلق التصلب، وتجمد الخبرة، وهذا بدوره يجنب النمو والارتقاء، والثانية يلزمه ضبط النفس، والعلم بموضوع الاختلاف، والتعاون، والتحكيم لإدارة الاختلاف، والذي يسببه النزعة الفردية للإنسان، وتفاوت الأغراض، وتباين المواقف، وتفاوت الإفهام والمدارك، وقبول الاختلاف النابع من تباين في الفهم بسبب إشكال لفظي أو تعدد دلالات التعابير أو اختلاف في فهم الأدلة.

لذا فإن هذه السلسلة دعوة إلى الاختلاف، فهي دعوة تبنى على دليل، وهذا في حد ذاته مقبول، ونبذ الخلاف، فالخلاف يستعمل فيما لا دليل عليه.

وفي النهاية اللهم انفعنا بما فتحت به علينا: فالعلم نور يقذفه الله في قلب من يشاء، إنها حقيقة.............حين لم يعيها ولم يعرفها المثقفون............... تاهوا..... وضلوا..... وضيعوا.........وأضاعوا

"اللهم علمنا ما ينفعنا، وانفعنا بما علمتنا، واجعلنا من عبادك الصالحين"

والحمد لله رب العالمين

المؤلفان

الدكتور محمد صالح الإمام

الدكتور فؤاد عيد الجوالده

أهمية الكتاب

يعتقد أن محتوى هذا الكتاب، وما سبقه، وما يليه بإذن الله سيحدث تغيراً في لغة الحوار داخل قاعات الدراسة: وفي الندوات والمؤتمرات، وستتبدل: النظرة الأحادية إلى التعددية، والنظرة التشاؤمية إلى التفاؤلية، والنظرة الإيوائية إلى التنموية.

وقفة مع النفس لنحذو حذو الأفراد ذوي التوحد، الذين عليهم أن يتعلموا نظرياً ما يلتقطه أقرانهم بشكل حدسي: ونحاول أن نضع أنفسنا في مكان الآخرين: وأن نشارك في الخبرات، ويمكن القيام بذلك من خلال خطوتين:

1. تقبل أن الناس لها وجهات نظر وآراء بديلة بالفعل.
2. تقبل أن وجهات نظر الناس وآراءهم تتميز بالصدق تماماً مثل وجهات نظرنا.

ويكمن السبب أنهم يعانون من إعاقات في الاتصال ـ كيف يمكنهم التواصل معنا بالشكل اللائق؟ ـ والتخيل ـ كيف يمكنهم فهم حالتهم الخاصة بهم ؟ ـ، لقد حان الوقت لكي نتعلم من بعضنا البعض.

وعلى الآباء، والأخصائيين، والأفراد ذوي التوحد، تقبل أنهم ليسوا كاملين وأنهم لا يعرفون كل شيء، فقد نرتكب نحن جميعاً الأخطاء، ولا يوجد غضاضة في ارتكاب الأخطاء طالما أننا مستعدون للتعلم من أخطائنا، فقط، افتحوا المجال لمناقشة الآراء المختلفة، وسوف يحل التعاون والتعاطف محل سوء الفهم مما يمنع الأذى والإحباط، وإذا كنا جميعاً راغبين في التعلم والفهم، سوف ننجح في جلب التناسق والانسجام لوجهات النظر، وسوف يحل التعاون المريح محل التعايش غير المريح، وعندئذ، سوف يربح الجميع.



الباب الأول

التوحد..

وجهة نظر الآباء

Autism..
Parents Perspective



الفصل الأول
تعريفات وتصنيفات
Definitions And Classifications

لننظر إلى التوحد كما يدركه الآباء، فالتوحد لا يعرف حدوداً جغرافية Geographical Boundaries، ولا أموراً اقتصادية، ولا يتدخل في القضايا السياسية، إلا أنه يؤثر في النفس والمشاعر الإنسانية، ويكون تأثيره على الآباء بنفس الطريقة في جميع أنحاء العالم، ومن المحتمل أن يكون التوحد هو الأصعب من بين الإعاقات من حيث التكيف معه، وبالطبع، فمن الخطأ تعريف الإعاقات على أنها أفضل أو أسوأ، فليست هناك إعاقات أفضل من الأخرى أو إعاقات أسوأ من الأخرى، ولكن الإعاقات بشكل عام ينبغي أن تحوز القبول من البؤرة الأساسية والبؤرة المحيطة ـــ الأسرة والمجتمع ـــ، والقبول يجب أن يكون فرضاً، منبعه هبة الله لعباده، وفرض على المجتمع، منبعه التماسك وعدم التنابذ، منبعه التشاركية لا الانفرادية، الجماعية لا الأحادية، فلا أحد يستطيع أن يُشكل مجتمعاً، ولكن المجتمع بالمجموع وللجميع.

أسباب الضغوط التي تقع على عائلات التوحديين:

إن التوحد يخلق ضغوطاً كبيرةً على العائلات، وبشكل لا يمكن مقارنته مع الاضطرابات الأخرى، وهناك عدة أسباب وراء ذلك منها:

1. غموض وضبابية التعرف على التوحد:

غالباً ما يكون من الصعب التعرف على التوحد، فهو بطريقة ما "غير مرئي" مقارنة مع الأطفال الذين يعانون من الشلل دماغي Cerebral Palsy مثلاً، أو بمتلازمة داون Down Syndrome، أو أي عجز جسدي Physical Impairments، وغالباً ما يساء فهم السلوك غير المألوف الصادر من الطفل، ويساء تفسيره، فيوصم بكلمات قد

تكوين رصاصات في البناء النفسي منها: طفل مدلل spoilt child، شقي naughty، غير مؤدب impolite، عنيف violent، ويبقى الآباء يعانون من جهد دائم، سواء أكان خارجياً أو داخلياً، بسبب لومهم على عدم مقدرتهم على ضبط طفلهم، وفي بعض الأحيان، يطلق على التوحد إعاقة خفية Hidden Disability ـ ولسوء الحظ، فهو لا يبقى مختفياً للأبد.

وقد تكون هذه السلوكات الغريبة وغير المألوفة مفاجئة وصادمة ـ على الرغم من أن هذه السلوكات نابعة من طبيعة آلية الطفل التوحدي، حيث إنها سلوكات غير إرادية، وغير مسيطر عليها، تصدر نتيجة عالمه الخاص، ـ غير المفهوم لمن حوله ـ، لذا يمكن أن يقال بأنه سلوك صادق طبيعي بالنسبة للتوحدي، ويمكن أن يقال بأنه سلوك صادم بالنسبة لأولياء الأمور والمحيطين والمتعاملين مع أفراد التوحد.

2. الاتجاهات السلبية من المحيطين:

نظرة المحيطين التي يشعر بها الآباء بأنهم أنجبوا طفلاً معيباً، على الرغم من هذه النظرة قد لا يصرح بها للآباء، إلا أنها حديث داخلي للمحيطين بمفهوم العامة الذي يتردد دائماً بقدر ما تزرع تحصد وكان الآباء هم المعيبون، وذنب ما جرى للأبناء مصدره الآباء، وترتب على ذلك اتجاهان: أولهما اتجاه الشفقة، وثانيهما اتجاه الاستياء.

3. الشعور برفض الأبناء للآباء:

يشعر الآباء غالباً بأنهم مرفوضون من قبل أبنائهم ذوي التوحد مما يخلق شعوراً داخلياً لديهم، بالعجز في تأدية رسالتهم نحوهم، والحيرة في الوصول إلى سبر أغوار نفوسهم، والارتداد على ذاتهم بعدم المقدرة على التصرف والتعرف على وسيلة اتصال تلائم أبنائهم، ومبادلة أطفالهم الشعور بالمحبة والحنان منهم ولهم.

4. المعاناة والإجهاد:

ينشأ جهد عاطفي وجسدي كبير من خلال العناية بالطفل التوحدي، وخاصة بأنه يعيش في عالم لم نصل حتى الآن إلى سبل لاكتشافه، فله حاجات لا يتمكن هو من

الإفصاح بها والتعبير عنها، ويمتلك طاقة داخلية في حاجة ملحة إلى طاقة تنظيمية من الآباء لمواءمة الطاقة الدفينة من أجل تلبية الحاجات والمتطلبات التي هو في حاجة إليها دون إرادة منه، فما بالك ببعض الأطفال منهم من يعيش دون أن ينام لمدة 20 ساعة وأكثر، ولا يأكل الطعام المعد له، ولا يتجاوب مع المحيطين به، ولا يتابع تصرفاتهم، ولا يتصرف مثلهم، وقد يكون عدوانياً ويصاب بنوبات غضب قد تكون بسبب أعراض اكتئابية ـ من وجهة نظر الآباء ـ وباختصار، فإن هؤلاء الأطفال يحتاجون إلى إشراف لمدة 86400 ثانية في اليوم، أي يحتاجون إلى زمن الفمتوثانية إذا أردنا الدخول إلى عالمهم الخاص.

يذكر ستانتون (Stanton, 2001) أن التوحد يعتبر اضطراباً طيفياً Spectrum Disorder، ومع ذلك، فهو ليس عبارة عن سلسلة مؤلفة من لون واحد يتراوح ما بين الخفيف إلى الشديد، بل يتألف من مدى من الألوان المختلفة في شدتها، فعلى سبيل المثال، فإن الشخص ذوي متلازمة اسبيرجر AS، لا يعاني من توحد متوسط، إنما من إعاقة اجتماعية قد تجعل من الصعب التعامل معه، تماماً مثل أي شخص آخر يعاني من اضطرابات توحدية ذات مظهر كلاسيكي أكثر.

وقد يتراوح تعريف الآباء للتوحد ما بين مقارنة سلبية جداً لحالة "بوقاة" طفلهم إلى كونه "هبة" غيرت حياتهم وغيرتهم كآباء.

ويعتمد التعريف على شدة الأعراض التي تظهر لدى الطفل وعلى كمية المعرفة والاتجاهات والتقبل التي يمتلكها الآباء، وقد يقوم نفس الآباء بتعريف التوحد بشكل مختلف في مراحل مختلفة من حياتهم.

بعض أوصاف التوحد كما يدركها الآباء:

يتباين وصف التوحد كما يدركه الآباء ما بين الإيجاب والانسحاب، وبين التقبل والرفض، سواء أولئك الذين تم تشخيص أطفالهم على أنهم يعانون من اضطرابات الطيف التوحدي (Autistic Spectrum Disorders (ASDs)، أم أولئك الذين قاموا بتثقيف أنفسهم حول التوحد.

تعريفات التوحد

Definitions of Autism

- أوصاف إيجابية positive Descriptions:

يبين فلاناجان (Flanagan, 2001) أن التوحد يمكن أن يعلم ويؤثر في الشخص والعائلة والمجتمع وحتى العالم كأفراد ومؤسسات، ويضيف الكثير عن الناس والحياة الإنسانية.

وبزاوية أخرى من الرؤية والتفكير فإن التوحد يعتبر هبة:

أي تقبل الفرد لكينونته أو تقبل الفرد لما يكون عليه، وفي الحقيقة فإنه حب غير مشروط.

تقول إحدى الأمهات عن طفل توحدي يبلغ الرابعة عشرة من العمر: إن ابني هو أفضل حدث في حياتي، لقد غيّر - ليس فقط - حياتي بل شخصيتي كلها، وآمل أن يكون هذا التغيير للأفضل، واعتقد انه بالفعل للأفضل لأنني لا أستطيع أن أتخيل حياتي دونه، لقد أعطاني الكثير لدرجة أنني أخاف من عجزي عن رد الجميل له.

وتعليقاً على هذا الشعور النابع بصدق: من قلب مليء بالحنان كالنهر الذي يتدفق دون أن يبالي من أسماك أو حيتان أو أصداف أو أحجار في النهاية هي المياه، تسري مستهدفة استمرارية الحياة، وهذا في حد ذاته ما ينبغي أن يواجه الآباء على كل الأحوال في المرارة أو الارتياح ..... فما أجمل مطبات الحياة مع عقول تتعلق بنبض الحياة، وتفكر في خالق كل شيء ومدبر هذه الحياة هو الله "النافع والضار".

- أوصاف سلبية Negative Descriptions:

فضفضت إحدى السيدات لأخصائي توحد قائلة له: لقد سرق التوحد طفلي، فهو مثل الموت في العائلة: أنا أكره التوحد.

وذكرت أخرى: إن التوحد عجز طبي مثل السرطان Cancer والإيدز AIDS.

وتعليقاً على هذا الشعور التشاؤمي - ولا يستبعد مثل هذا الشعور من أي مجتمع من المجتمعات -، فالتشاؤم والتفاؤل يتصارعان في مواقف الحياة المختلفة، فأصحاب التشاؤم يرتدون نظارة سوداء في مواجهة المواقف التفكيرية في الحياة، وهؤلاء يبحثون عن المواقف الميسرة، والبسيطة، أو عن الميسرين للمواقف - اتكاليين على الآخرين -، فلا يمتلكون القدرة الحياتية لمواجه الأمور الموقفية، ذات المعيقات وإن كانت لحظية أو وقتية هؤلاء يشعرون دائماً باضطهاد الزمان لهم، قلوبهم غير مطمئنة مما يؤثر على نظرتهم الآنية والمستقبلية، ويرتدون ثوب التشاؤمية، في النظر لكل الأمور الإنسانية التي تواجههم في الحياة.



وبينت إليزابيث ستانلي (Elizabeth Stanley, 2001):

أن الصعوبات التي يجلبها الطفل التوحدي للعائلة هائلة خاصة بالنسبة للأم، ومهما كان مقدار عطائها عظيماً، فإن الطفل لا يزال بحاجة إلى المزيد، ويشعر الأشقاء بأنهم منبوذون من قبل الأم التي تكرس معظم جهودها لرعاية الطفل التوحدي ومع ذلك، وعلى الرغم من التحديات العديدة التي يجلبها التوحد، فإنه يقدم أيضاً فرصة كبيرة للنمو الشخصي، بالإضافة إلى الوعي المعرفي، وتعترف مورتون آن جيرنسباكر (Gernsbacher,2004)، وهي بروفيسور في علم النفس.. أن ابنها التوحدي قد علمها أكثر مما تعلمته في المختبر، وعلى مدرجات الدراسة، وتستطرد بقولها:

في كل مرة أمر بها أمام ملصق يطالب بالشفقة ومزيد من الرعاية لأفراد التوحد، وقد يصل الحد عند البعض بالمطالبة بالتدخل الطبي للتخلص منهم، كان ذلك يزيدها عزيمة وإصراراً وشرفاً بالإنجاب.

وكل التقارير التي كانت تؤكد على أن ابنها مضطرب كانت تتجاهلها بل تزيدها محبة له وتسامحاً للآخر.

وفي كل مرة كان يعانق فيها أحد بطريقة لا إرادية كان يواجه بالبعد والنبذ، مما علمها حناناً ومحبة.

وبشكل متناقض paradoxically، التوحد قد يجعل الآباء يعيدون تقييم حياتهم، ويطورون من أنماط شخصياتهم، ويميلون إلى التكيف مع المواقف التي تمر بهم، مقتنعين بأن هذا أفضل من حيث أنهم يرون في الإنجازات القليلة لأبنائهم مكسباً ويشعرون بالفرح والمرح من أشياء بسيطة مثل ملاحظة أبنائهم يزررون القميص، أو يجيبون على أسئلتهم ليس بعبارات تكرارية، ولكن بقولهم "نعم" أو "لا" وبشكل بساطة، ومع مرور الوقت: قد يعيد الآباء تعريف التوحد من اعتباره مأساة إلى اعتباره نوعاً من النعمة.



أما فلانجان (Flangan, 2001):

يذكر بأن التوحد يعلمنا أن نساعد الآخرين مهما كلف الأمر، كما أنه يسهم في كيفية تحسين حياتنا وحياة الآخرين دون تدخل فيها أو طغيان لكن من منطلق البنيان المرصوص، كما أنه يسهم في فهم الآخر، والمرونة في التعامل، والطلاقة في تأدية الخدمات دون تلكؤ أو انتظار، ويسهم التوحد أيضاً في أن يعلمنا العثور على الجمال والمرح في السلوكيات الصغيرة التي نمتلكها.

والمحتمع في الأمر هو أن التوحد إعاقة صعبة، إلا أن الأطفال الذين يكون من الصعب إرضاؤهم ينتجون عادة آباء من الصعب إرضاؤهم، فالأبوة النمطية غالباً ما تكون رد فعل تكيفي لسلوك الطفل بدلاً من كونها سبباً للسلوك، ومن المحتمل أن يأتي من رغبتنا العميقة في تحسين نوعية حياة طفلنا.

وقد اعترفت إليزابيث ستانلي (Elizabeth Stanley, 2001) ـ وهي والدة لطفل توحدي ـ بأنه من الصعب إرضاؤها، وقد قابلت مئات الآباء لأطفال توحديين عبر الأعوام، ونتيجة الملاحظة والمقابلة، توصلت إلى ما توصلت إليه وينج (Wing, 1996) في تصنيف آباء الأطفال التوحديين حسب إعاقات التفاعل الاجتماعي ووصف شخصياتهم عن طريق وضعهم في أربع مجموعات رئيسة منها:

- المجموعة الانسحابية. The Aloof Group
- المجموعة السلبية. The Passive Group
- المجموعة النشيطة. The Active Group
- المجموعة المنطقية. The Logical Group

هذه التقسيمات الأربعة التي ينضوي تحتها الآباء، والتي بالضرورة تتوافق مع تباين الحالات التي يمر بها أطفالهم، لذا فإن هذا التقسيم لا يعبر عن حلقات منفصلة، ولكنها حلقات متصلة، قد تتداخل أو تتقاطع أو تتحد هذه الحلقات أو قد تحدث تماساً مع بعضها البعض، أو مع أي منهما، لكن في نهاية القول يمكن أن يؤكد المؤلفان على إمكانية التغيير في أنماط الشخصية من اللاسوية في بعض الأحيان إلى السوية في أحيان أخرى، فالحياة مليئة بالعبر والدروس، ومواقف الحياة مهما اشتدت تنتج شخصيات تكيف نفسها مع معيقاتها ومواجهتها، ويكرر المؤلفان بأن الآباء بإمكانهم وبدرجة إيمانهم، أن ينتقلوا من مجموعة إلى أخرى، بهدف تحسين الأوضاع والاستمتاع بالإنجاب مهما كان، وصولاً إلى الاستمتاع بالحياة.

1. المجموعة الانسحابية The Aloof Group:

وهذا نمط شائع من الآباء في الدول التي لم يتم التعرف فيها على التوحد، ويصدق هؤلاء الآباء الأخصائيين عندما يقولون أن طفلهم حالة ميؤوس منها، وقد يضعون طفلهم في مؤسسة أو قد لا يضعونه كما ينصحهم بذلك الأخصائي، وإذا بقي

الطفل في البيت، تحاول العائلة أن "تخفيه" عن الأنظار لشعورهم بالخجل من كون طفلهم معاقاً حتى لو كانوا يحبونه ويقدرونه فلذة كبدهم، وهم يشعرون بأنهم مسلوبو الإرادة بشكل لا يستطيعون من خلاله تغيير أي شيء في حياتهم، كما يكونون عادة حساسين تجاه تحديق الناس بهم عندما يخرجون مع ابنهم، وغالباً ما ينتهي الأمر معهم بدموع الخجل والمرارة، وهم يتجنبون الاتصال الاجتماعي ويعيشون في عالمهم المنعزل الصغير، ويكون الطفل منقطعاً عن العالم ليس عقلياً فحسب ولكن جسدياً أيضاً.

2. المجموعة السلبية The Passive Group:

لا يكون هؤلاء الآباء منقطعين كلياً عن الآباء الآخرين، وقد تكون هذه المجموعة منقسمة إلى مجموعتين جزئيتين: **أولهما مجموعة المسايرين، وثانيهما مجموعة الاتكاليين:**

أ. مجموعة المسايرين:

هم مجموعة الآباء المتأكدين من وجود دواء أو علاج يحل جميع مشكلاتهم وأنهم سوف يحصلون عليه إن عاجلاً أو آجلاً، فهم يقبلون جميع العروض المقدمة لهم، وهم مطيعون جداً، ولا يناقشون الأخصائيين فيما يقولونه لهم، وغالباً ما يكون الطفل مصاباً بحالة مرضية عندما يوافق الآباء على وضعه في مستشفى ومعالجته بالأدوية التي يصفها الأخصائي، ولا يوجد لدى هؤلاء الآباء أدنى شك بأن "الأخصائيين يعرفون أكثر" وهم يفعلون ما يؤمرون به فيما يتعلق بالعلاج.

ب. مجموعة الاتكاليين:

يكون اهتمامهم الرئيس في: أخبرني ما عليّ أن أقوم به، وليس لماذا أقوم بذلك؟ على الرغم من أن بعضهم يلبّون الدعوة إلى حضور الاجتماعات والندوات والمحاضرات ويشاركون في المنتديات الإلكترونية، إلا أنهم يتجنبون قراءة الكتب النظرية حول التوحد لأنهم يجدونها مثيرة للاكتئاب، تشعرهم بأنهم مغمورون بكم هائل من

المعلومات، فالكتب الوحيدة التي يجدونها مفيدة هي الكتب التي يوجد فيها علامات بارزة (قم بهذا ولا تقم بهذا)، فالذي يريدونه هو حلول عملية لمشكلات طفلهم، دون فهم المشكلات فهم ينتظرون حلولاً سحرية دون مراعاة للأسس التي تبنى عليها هذه الحلول.

3. المجموعة النشيطة The Active Group:



تبحث هذه المجموعة عن أية معلومات في محاولة للعثور على علاج لتوحد طفلهم، فهم يسافرون إلى مدن مختلفة، أو حتى دول مختلفة، فقط من أجل استشارة أخصائي سمعوا عنه، أو يجربوا أي علاج قرأوا عنه بغض النظر عن الآثار السلبية، (مثلاً، تجربة العلاج بالاحتضان على الرغم من فرط حساسية الطفل)، وهم متأكدون من أنهم يبذلون جهدهم من أجل طفلهم (الذي يعاني من التوحد)، كما أنهم مستعدون لإنفاق جميع ما يملكون ـ ككنوز الأرض ليست أغلى من فلذة الكبد ـ في أغلى العلاجات ثمناً، فمحبتهم كبيرة، ولكنهم ـ ومن الحب ما قتل ـ فهم لا يستمرون إلى تجارب الآخرين في التعلم والعظة، وفي بعض الأحيان يستفيد الأطفال من هذا ولكن في أحيان أخرى، يصابون بالأذى.

وقد يتقبل آباء آخرون حقيقة عدم وجود شفاء لتوحد طفلهم، ويبحثون عن أفضل علاج يمكن أن يحصلوا عليه لكي يجعلوا حياة طفلهم وحياة العائلة أسهل، وهم يصبحون مناصرين نشيطين لأي أسلوب معين يبدو مفيداً لأطفالهم، ويعتقدون أنه سيفيد أطفالاً آخرين يعانون من التوحد، كما أنهم متحمسون جداً ويرغبون بالتحدث عن أسلوب معين (يستخدمونه مع طفلهم) في المؤتمرات والندوات، وهم يتعلمون كيف يتحدثون، ولكن، ولسوء الحظ، ليس "كيف يستمعون؟"، وعندما يعارض أحدهم وجهة نظرهم ينزعجون ويرفضون مناقشة أية وسيلة أخرى أو أية قضايا خارج مجال اهتمامهم.

4. المجموعة المنطقية The Logical Group:

لحسن الحظ، هذه مجموعة كبيرة العدد وهي في ازدياد، ويقرر هؤلاء الآباء أن يغيروا تركيزهم ويصبحوا "آباء أخصائيين"، كما أنهم يبدأون بافتراض أن الأخصائيين قد يكونون على خطأ، فهم لا يستطيعون معرفة كل شيء، وأن الأبحاث التي تم إنجازها لم تفِ بالغرض أو بسد حاجة الآباء حتى الآن، وما يعتبر صحيحاً اليوم قد يصبح غير صحيح غداً، وأن لا أحد يعرف طفله أفضل من الآباء، **ومثل المجموعة الثالثة:**

- يبحث هؤلاء الآباء بنشاط عن المعلومات ولكنهم غير راغبين في تجريب كل شيء.
- يبصرون إلى نتاجات الأساليب والطرق والعلاجات التي اتبعها الآخرون.
- يتعلمون ويدركون أن ما يفيد فرداً قد لا يفيد أفراداً، أو أن ما يفيد أفراداً قد يضر بفرد.
- هم في نهم للتعرف والتعلم والاطلاع على جميع النظريات والأساليب للعثور على النظريات الصحيحة والمناسبة لطفلهم.

- إنهم كثيرو النقد ويعبرون عن شكوكهم تجاه كل شيء.
- يستعلمون ويرغبون بالحصول على توضيحات أكثر من مجرد تقبل المعلومات حسب قيمتها الظاهرية.

وفي النهاية، "يصبح لديهم ثقافة أفضل" حول التوحد من العديد من الأخصائيين ـ وهذا يجعلهم أكثر صعوبة في التعامل والإقناع ـ ولأنهم يعرفون أن من المستحيل مساعدة طفلهم دون مساعدة الآخرين، فهم يوحدّون جهودهم ويعملون مع بعضهم البعض، وهؤلاء هم الآباء الذين يؤسسّون المنظمات والجمعيات التي تهدف إلى بناء مستقبل أكثر إشراقاً لأطفالهم، وهم ينشدون التعاون مع أخصائيين ـ مفتوحي الذهن لديهم المرونة الذهنية والارتقاء بالسعة العقلية ـ وأفراد يعانون من توحد عالي الأداء، ويحاربون الجهل وعدم كفاءة البيروقراطية، وجهودهم وأنشطتهم تمنح الأمل، وتؤكد على الدافعية للإنجاز، والتحرك إلى الأمام باستمرار، أولئك الذين يجعلون حياة أطفالهم أسهل.

معاناة آباء الأطفال التوحديين:

ما كتبته روث سوليفان (Ruth Sullivan,1984) وهي أم مناصرة للتوحديين حول معاناة آباء الأطفال التوحديين يمكن بلورته في خمسة محاور على النحو التالي:

1. قلة معلومات الأخصائيين:

يتعلم آباء الأطفال التوحديين في وقت مبكر من حياتهم أن الأخصائيين يعرفون القليل عن التوحد، ولأنهم تدربوا عبر ثقافتهم على أن يضعوا ثقتهم في الأخصائيين؛ فإنهم سرعان ما يصابون بخيبة الأمل والقلق عندما يعلمون أن " الأخصائيين " معرفتهم قليلة مثلهم تماماً أو حتى أقل.

2. ندرة مصادر المعلومات:

حيث يجهد العديد من الآباء، وخاصة في البداية، وفي مواجهة طفل غير سوي بشكل معقد، في العثور على معلومات قد تساعدهم، وسرعان ما يدركون أن مزودي

الخدمات لن يقدموا هذه الخدمة، إلا إذا كان هناك فهم أفضل للأطفال التوحديين وحاجتهم الملحة، وبيأس جامح، يبدأون بقراءة المقالات والمراجع الدراسية والكتب.

3. غياب التنسيق بين جمعيات مناصرة الآباء:

وهذه الطامة الكبرى فيغلب على دول العالم الثالث الانفرادية في العمل، والأنانية في الإنتاج، والمظهرية في المجتمع، وغياب العقل الجمعي، وجودة الإنتاج، وحضارية المجتمع، فغياب الاتصال بالسلطات المسؤولة في الميدان، وعدم تبادل المعلومات مع آباء أكثر اطلاعاً، ومؤسسات أكثر تجربة يغرق الآباء ويضلل الأخصائيين في تقديم المشورة والتدريب المناسب.

4. ندرة الخدمات:

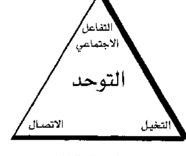
وهي ناتج طبيعي من الخطوات سالفة الذكر، فمن جهل كيف يُقَدمّ، فالآباء يكرسون طاقاتهم وفترات طويلة من حياتهم، للحصول على خدمات خاصة بهم وبأطفالهم.

5. قلة الوعي المجتمعي:

وهذا العدد المتزايد من الآباء المطلعين والنشطاء ساهموا، ولا يزالون، في رفع مستوى المعرفة والوعي بالتوحد، وهم يقومون بتعليم أنفسهم بشكل كبير، إلا أن النخبة المثقفة، لا تعي بمشاكل هؤلاء الأطفال، فهم في لهو مما يكسبون، غير مبالين بالأقليات التي تعاني من وجود ابتلاءات وإعاقات، كما أن المؤسسات الثقافية خالية تماماً من عقد ندوات ومؤتمرات وحوارات حول ذوي الإعاقات.

ويؤثر التوحد ليس فقط على الطفل الذي يعاني من التوحد، بل على العائلة بأسرها، والأخبار التي تجلب خبر إصابة طفل ما بالتوحد والمعلومات والتقارير التي تؤكد على ذلك توصف بأنها "قنبلة التوحد" Autism Bomb، فيأخذ التذمر صوراً رافضة للواقع، ويكون شديداً وعنيفاً مع الذات وقد تنقل هذه الشدة والعنف إلى الطرف

الآخر من الوالدين والمحيطين، ويبنى على كل ذلك تدمير عنيف في البنيان الأسري، وقد تمر العائلة بخبرات العيش في منطقة صراع، ليس فقط لأنهم لا يعرفون الكثير بعد عمّا أصاب ابنهم، ولكن أيضاً لأن هذه العوامل البيئية Environmental Factors هي التي يمكن أن تسبب ثالوث الصعوبات للعائلة كما يبرزها الشكل رقم (1 ـ 1/1).



شكل رقم (1 ـ 1/1)

ثالوث الصعوبات التي تواجه العائلة

ويتضح من هذا الشكل أن الثالوث يتألف من:

أ. صعوبات في التفاعل الاجتماعي Difficulties in Social Interaction:

قد يحاول الأصدقاء والأقارب أن يكونوا داعمين أو نافرين:

1. داعمين: وهي مراضاة سالبة، تمثل في تقديم تعليقات غير مفيدة "يبدو من مظهره أنه طبيعي، سوف تسير أموره على ما يرام، وسوف يتجاوز هذا الأمر".

2. نافرين: حيث يقوم البعض بالابتعاد بسبب غرابة سلوكيات الطفل، ولن يقدم هؤلاء بشكل عام أية مساعدة باستثناء التحديق والاحتقار لهؤلاء الآباء التعيسين من وجهة نظرهم.

ب. صعوبات في الاتصال Difficulties in Communication:

قد يجد الأخصائي عندما يحاول الآباء أن يجدوا بعض الإجابات، أو أن يطلبوا المساعدة، أنهم "مفرطون في الحماية 'Overprotective' أو من الصعب إرضاؤهم، ويتم وصف اتجاهاتهم على أنها "متحيزة "Biased" - بالطبع، فأنت لا يمكنك أن تكون موضوعياً عندما يتعلق الأمر بطفلك -، وفي محاولة لكسر جدار سوء الفهم، قد يجد الآباء أنفسهم فجأة "عاجزين عن الاتصال" Communication Impaired حيث إن تفسيراتهم قد تكون "عاطفية جداً" أو "غاضبة جداً"، وبذلك، يرفضها الأخصائيون.

ج. صعوبات في التخيل Difficulties in Imagination:

تتباين خبرات الآباء تبعاً لما يواجهونه من معضلات، ومشكلات، وابتلاءات، وبما أن خبرات الآباء مختلفة جداً عن الآخرين، لذا فمن الصعب، إن لم يكن من المستحيل عليهم أن يعبروا عن وجهات نظرهم وحاجاتهم، ومن الصعب عليهم أيضاً أن يتمثلوا واقع طفلهم مستقبلاً، وفي أي صورة يكون عليها الطفل في مراحله النمائية المتلاحقة، فهؤلاء لديهم مجموعة مفاهيم مختلفة عن الحياة العائلية، وهم غير قادرين على تغيير مواقفهم، والتي تظهر تصلباً في الفكر والسلوك Rigidity of thought and Behaviour.

آراء وتعليقات الآباء حول المصطلحات:

- التوحد عالي الأداء. High Functioning Autism (HFA)
- التوحد متدني الأداء. Low Functioning Autism (LFA)
- التوحد المتوسط. Moderate Autism
- التوحد الشديد. Severe Autism

بعض الآباء ممن تعلموا أن يتقبلوا طفلهم كما هو عليه، ويرغبون في أن يغيّر المجتمع اتجاهاته نحو الحالة - وأن يتم تقبل طفلهم كما هو- يجدون مصطلح "متدني الأداء" مؤذياً، وشعرت إحدى الأمهات بالغضب عندما قيل أن طفلها متدني الأداء، على الرغم أنه عندما يقال لها: ابنك "توحدي"، لم تكن تواجه أية مشكلة، بل كان لديها إحساس بالمتعة مقارنة بما تسمعه عن طفلها بأنه متدني الأداء. وبعض الآباء لا يرغبون في الاعتراف بأن التوحد هو جزء من ابنهم أو ابنتهم، وهم لا يحبذون بل ينبذون مصطلح LFA، إن أبني ليس متدني الأداء.

وفي الحقيقة، فإن هؤلاء الآباء حساسون جداً، فهم يشعرون بالإيذاء في الوقت الذي لا تكون فيه الإساءة مقصودة، وعلى الفرد أن يكون حذراً جداً عند اختيار الكلمات في وصف طفلهم، حيث إن الموضوع فردي جداً، والحالة شخصية للغاية، ومن المستحيل تقريباً التنبؤ بأي المصطلحات سيكون لها تضمينات سلبية على هؤلاء الناس، وفي المقابل، لا يبالي آباء آخرون بالمصطلح "متدني الأداء"، والأكثر أهمية، فإنهم لا يرون أية تضمينات سلبية فيه، **ويعني متدني الأداء، وببساطة، أن الشخص لا يستطيع العيش باستقلالية ويحتاج إلى دعم أكثر، بينما يعني "عالي الأداء" أن الفرد قد يذهب إلى المدرسة مع بعض الدعم، ويستمر بالعيش بشكل شبه مستقل**، وكما تقول ريفا (Riva,1999) وهي إحدى الأمهات التي كانت مصنفة بأنها توحدية، أن البعض أطلق عليها وعلى ابنها اسم "ارجواني Purple"، فهي ترضى بذلك إذا كان هذا التصنيف يتيح لها أن تحصل على ما تحتاجه، "فعلى سبيل المثال:

"إن مصطلح (قادر) Able يصرف الانتباه عن تقديم الخدمة التي يكون التوحديون في أشد الحاجة إليها، ومصطلح قادر هو مصطلح خادع عندما يقال عن الفرد المعاق، فالكثير من المعاقين أعلوا الصرخات بإطلاق مصطلح معاق عليهم ولا يريدون مصطلح ذوي الحاجات حيث إن هذا المصطلح الأخير يحجب عنهم الخدمة من

بعض المؤسسات بينما مصطلح المعاق يفرض الخدمة تشريعياً وواقعياً؛ ومصطلح قادر بالنسبة للمعاقين هو مصطلح نسبي؛ ويقف الإمام (2010) مع هذا النداء، حيث يقول إن الصراحة في الوصف.. راحة في جلب الحق، ومداهنة المضمون وتغليفه دعوة لتزيفه، وذوو الإعاقات تشبعوا من الرأفة المزيفة، فهم الآن في حاجة إلى التزامهم بالواجبات، وإعطائهم الحقوق.

- فهل إذا تحدث الفرد التوحدي في موضوع يتعلق بالطيارات والمحركات والمسارات والرحلات الجوية وإحصائيات تحطم الطائرات، أنه يصبح قادراً؟.
- هل إذا انشغل الفرد التوحدي بحديث يهمه هو فقط، فإنه أصبح قادراً؟.

ومع ذلك، فإن المقدرة على الانتظار في صف أو المقدرة على ربط الحذاء والاعتناء بحاجاته الصحية والجلوس إلى المائدة، وتناول غذائه لا تعني جميعها أنه قادر.

إن الحقيقة الواضحة هي أن بعض أفراد التوحد، قد يتطورون من كونهم أطفالاً يعانون من صعوبات سلوكية حادة، بسببها التوحد إلى شباب يدخلون في حالة اكتئاب بسبب توحدهم، وهذا في حد ذاته يزرع في نفوسهم، أن هناك خطأ ما داخلهم وهذا يحطم قلوبهم، كما أنهم يعرفون أنهم مختلفون ويستمرون في التساؤل لماذا هم مختلفون؟، وإذا حدث هناك خطأ ما، فهم دائمو التفكير بأن هذا قد حدث بسبب التوحد.

وبالنسبة للعديد من الآباء، لا يوجد هناك "توحد متوسط"، فكل من الأطفال الذين يعانون من توحد عالي الأداء أو اسبيرجر يعانون من مشكلات جمّة في حياتهم، وحقيقة أن التوحد لا يمكن رؤيته بسهولة فيهم، مما يجعل الأمر أكثر صعوبة، فالمحيطون لا يتكيفون مع سلوكات أفراد التوحد التي ينفردون بها، ويفترضون أن هؤلاء الأفراد لا يحاولون بشكل كاف، أو أنهم غير بارعين بشكل مقصود.

ولوجود خلط لدى بعض الناس في تمييز سلوكات أفراد التوحد عن أقرانهم، فإن هذا يؤثر بل في بعض الأحيان يحجب عن تقديم الخدمات التربوية والاجتماعية ويلقي الحمل بأكمله على الأطفال لكي يتصرفوا بشكل لائق، وهذا مخالف للأمر الواقع (الإمام، الجوالده، 2010 ـ ا).



الفصل الثاني
التشخيص
Diagnosis

يحاول بعض الآباء تجاهل المشكلات Ignore the Problems، التي تواجه أبناءهم سواء أكانت مشكلات خفية أو بارزة، وخاصةً في مرحلة الطفولة المبكرة، من منطلق الحفاظ على الوجاهة الاجتماعية من ناحية، والوضع الأسري من ناحيةً أخرى، وقد يستمرون في مرحلة الإخفاء إلى أن يحين موعد التحاق أبنائهم في المدرسة، وهنا الحد الفاصل بين حجز الطفل داخل جدران الأسرة، وخروجه للمجتمع، للاستفادة من المؤسسات الاجتماعية.

ففي المرحلة الأولى طلب المساعدة يكون في الخفاء، وفي أضيق نطاق، ما بين الوالدين والقريب، سواء كانوا من أهل الاختصاص أم غير ذلك، فغالباً ما يقومون بالتحقق من معتقداتهم Beliefs عن طريق أصدقائهم أو بعض الأطباء الذين لا يعرفون شيئاً عن التوحد؟.

وفي المرحلة الثانية تطفوا على السطح الحاجة إلى المساعدة، فيظهر الخفي من وجهة نظرهم إلى العامة، وهنا النقطة الفارقة، فبدلاً من أن تكون المرحلة الأولى مرحلة تمهيدية للمرحلة الثانية، أصبحت المرحلتان منفصلتين، وهذا من ضمن تراكم المشكلات مع الأبناء ذوي الإعاقات وأسرهم، لأن تواصل مراحل حياة الأبناء هي أساس البناء، وهنا يكون التباين في كل المناحي، وفي الواقع يختلف كل طفل عن الآخر، فينقسمون إلى مجموعات عديدة منها: "الأولاد كسالى Boys are Lazy"، "الأولاد انطوائيون Boys are Introvert"، "الأولاد منعزلون Boys are Isolated" .... إلخ.

ويذكر كل من هولين ومور (Howlin & Moore,1997) أن بعض الآباء ينشدون التشخيص بشكل فعال لأنهم يرغبون في العثور على إجابات لسلوكات أطفالهم غير العادية والغريبة بالنسبة لهم، والمثيرة لانفعالاتهم؛ وهنا تبدأ الحيرة بالبحث عن أخصائيين لديهم فكرة لتفسير مثل هذه السلوكات. ويتصلون بهذا وذاك، ويقطعون الكيلومترات لمقابلة من يسمعون عنهم على أمل أن يجدوا الحل، وقد تطول المدة ويزداد العناء دون الحصول على حلول قد تصل إلى حد استجداء العطف، لشعورهم بالمرارة، ولعدم وصولهم إلى ما يمكن أن يغير من سلوكيات أبنائهم، لكنها محاولات لا بد من أن يقدموا عليها من منطلق الشفقة أحياناً على الابن، وأحياناً أخرى تجنباً لاتهامهم بالإهمال من المحيطين بهم.

وينظر بعض الآباء إلى التشخيص على أنه تأكيد لشكوكهم بأن هناك خطأ ما مع طفلهم، مما يؤدي إلى شعور بالارتياح لمعرفتهم بالواقع الذي يمر طفلهم به، والبعض الآخر من الآباء يكون التشخيص بالنسبة لهم صدمة يجدون صعوبة في تحملها.

الآثار الجانبية للتشخيص Side-Effects:

- انهيار في الزواج **Broken Marriages**: ولسوء الحظ فإن الطلاق يكون شائعاً لدى العائلات التي فيها أطفال مصابون بالتوحد.
- علاقات متوترة مع الأقارب **Strained Relationship With Relatives**: وتتفاوت هذه العلاقات ما بين حالات عدة منها:
  - ينكر بعض الأقارب المشكلة.
  - البعض يشجعون الآباء على ضبط طفلهم، والسيطرة على تصرفاته.
  - آخرون يشعرون بالشفقة على الآباء، ويرون أن الطفل حدث مأساوي، وعلى أنه الأسوأ في الأحداث التي يمكن أن تمر بها الأسرة.
- خسارة الأصدقاء **Lose of Friends**: مما يؤدي إلى العزلة الاجتماعية.

- الحكم السيئ Ill-Judgement: ويبرز ذلك في مجموعة من الأشخاص يتظاهرون بعمل الخير، يقدمون النصائح والإرشادات، وهم من النصائح والإرشادات براء، ومجموعة أخرى تقوم بإلقاء اللوم على الآباء لتقصيرهم في التربية لسوء تصرفات وسلوكات أبنائهم، ومجموعة أخرى تقوم بالتحديق في الطفل ومصمصة الشفاه وعبارات غير واضحة وإيماءات تزيد من المأساة.

التشخيص المبكر Early Diagnosis:

> التشخيص المبكر، أساس التعليم المبكر،
> وعليه تتزايد فرص المشاركة، والاستمتاع بالحياة.



يعتمد المعالجون ومصممو البرامج على التشخيص المبكر Early Diagnosis، والتدخل المبكر Early Intervention، فالتوحد العميق Profound Autism الذي وصفه كانر لا يكون مدى الحياة إذا ما تم التقاط Picked up لطفل مبكراً، ودون التشخيص المبكر لا يوجد تعليم مبكر، ودون التعليم المبكر تتناقص فرص انتقال الطفل من التوحد العميق، إلى المشاركة في الحياة بشكل كبير.

وقد يبدأ التشخيص في بعض البلدان بعمر 6 سنوات فأكثر؛ وتصل النسبة في هذه البلدان - في أحسن الأحوال - إلى أن نصف الأطفال فقط يتلقون تشخيصاً قبل سن الخامسة، وإلى حين وصولهم إلى هذا الوقت، يكون الأطفال قد فقدوا سنوات ثمينة من التدخل المبكر وبرامجه.

ويعتبر هذا إهداراً لطاقات كان يمكن استثمارها، والتفكير في تقديم الخدمات المناسبة لها، كما يعتبر ذلك إهداراً لثروة مادية؛ ومعيقاً في عملية التفاعل الاجتماعي، وخاصة عندما يشعر الآباء بأن أبناءهم ليسوا على ما يرام، وينشدون المساعدة بأسرع وقت ممكن، ولكن بسبب عدم الخبرة ونقص المعرفة لدى البعض من الأطباء، قد تفوت فرصة التقاط الطفل، مما هو عليه إلى الواقع الأحسن المنشود. (الإمام، الجوالدة، 2010 - 1).

ويتحول الاهتمام من الطفل إلى الآباء؛ ويحجب الانتباه عن اضطرابات السلوك الواضحة على الطفل، ويُملئ الوقت الذي يلتقي به الوالدان مع الأطباء بهدف تشخيص طفلهم، إلى أن يفاجئ الآباء بتشخيص يستهدفهم ولا يستهدف أطفالهم.

وهذا ما يطلق عليه المؤلفان بالتحول المعكوس، فبدلاً من تتبعية الهدف في الوصول إلى تشخيص واقعي للطفل، يتم التفحص في الوالدين؛ والانشغال بالحديث معهم، وهو في حد ذاته وسيلة تعويضية، لقلة الأداء المعرفي في فحص الحالة، فالتحول المعكوس جاء نتيجة العجز المعرفي الذي ينتاب بعض الأطباء والأخصائيين في مجال الاضطرابات النمائية على وجه التحديد.

وقد وصل الأمر إلى حد تشخيص بعض الآباء على أنهم مصابون بمتلازمة مونشهاوزن Munchhousen s Syndrome، والفرق كبير بين خصوصية هذه المتلازمة وبين الإيحاء بالإصابة بها.



متلازمة مونشهاوزن

Munchhausen's Syndrome

لقد لاحظ البروفيسور روي ميدو (Roy Meadow,1977)، أن بعض الآباء قاموا بإيذاء أطفالهم من أجل لفت الانتباه لهم، فتذكر شخصية خيالية مشهورة بزاوية الخرافات تدعى البارون مونشهاوزن، فشخص هؤلاء الآباء بأنهم مصابون بهذه المتلازمة الجديدة.

ولقد استغل هذا التشخيص في قضايا الدفاع عن هؤلاء الآباء أمام المحاكم عندما اتهموا بالإيذاء الذي أدى إلى قتل أبنائهم ـ من منطلق أنهم على المريض حرج ـ ووصلت درجة الاستغلال لدى بعض المحامين بإطلاق قانون ميدو Meadow Law كوسيلة دفاع عن هؤلاء الآباء.

ولسوء الحظ، فإن هذا التشخيص كان شائعاً جداً ونتج عنه براءة العديد من الآباء، ولقد ازدهرت هذه النظرية ذات الأساس الخاطئ في مجالات الخدمة الاجتماعية ومراكز رعاية الأطفال على مدى أكثر من 15 عاماً إلى حين إثبات أنها خاطئة، ومؤذية، ومستمرة، وترتب على كل ذلك إبطال هذا القانون ومتلازمة مونشهاوزن، كما تم رفض المحاكم لمثل هذه القضايا، والتي يعزى بأن مرتكبيها مصابون بمتلازمة مونشهاوزن كمبرر للإيذاء، ومع ذلك، لم يختف هذا التشخيص.

وبعض الآباء الذين تم اتهامهم بإيذاء أبنائهم، يلقون باللوم على مطعوم الثلاثي الفيروسي MMR:

* الحصبة. Measles
* النكاف. Mumps
* الحصبة الألمانية. Rubella

كسبب لإصابة أبناءهم بالتوحد (سواء كانوا على خطأ أم كانوا على صواب)، إلا أن هؤلاء الآباء تلقوا تهديدات من الخدمات الاجتماعية والصحية بالاتهام بإصابتهم بمتلازمة مونشهاوزن إذا ما استمروا في الشكوى من التلف الذي يحدثه المطعوم.

فبعض الأخصائيين يلقون باللوم دوماً على الآباء عندما يرون طفلاً ـ يبدو طبيعياً من الناحية الجسدية ـ يعاني من مشكلات سلوكية، وإذا ما زار الآباء الأخصائيين طلباً للمساعدة فيما يتعلق بمشكلات طفلهم، يتهمهم الأخصائيون بأنهم "يتخيلون" أشياء، و يفبركون الأعراض التي تصيب الطفل، ثم يلقون باللوم في النهاية على الآباء، وعادة على الأمهات بالدرجة الأولى، وهذا الأمر يتعلق "بفبركة الإعاقات التربوية والمطالبة بخدمات مدرسية خاصة" غير ضرورية، بل يتعلق الأمر بالمساعدة والدعم اللذان يحتاجهما الطفل.

ومعظم الآباء أبرياء من هذه الاتهامات، فهم يهدفون إلى تلقي المساندة الاجتماعية، ليس بجلب الشفقة والعطف مستغلين إعاقة ابنهم، لكن بهدف البحث عن حلول قد يجدون فيها ضالتهم في علاج ابنهم، والعمل على راحته، بغياً للوصول إلى راحتهم، وإرضاء أنفسهم بأنهم غير مقصرين في الاهتمام والرعاية، وهم مقتنعون بأنه كلما كان التشخيص وتقديم العون من الأخصائي أسرع، كلما كان ذلك أفضل.

وبالرغم من ذلك فلا يزال موجوداً الاتهام ـ الباطل ـ بمتلازمة مونشهوزن Munchhausen's Syndrome للآباء الذين لديهم أطفال يعانون من متلازمة اسبيرجر بإيذاء الطفل، وتسيء بعض السلطات المحلية والمدارس ومراكز الخدمات الاجتماعية تفسير السلوكيات "الغريبة" للأطفال ويشكون بأن الآباء يؤذون أطفالهم نفسياً وجسدياً، ولقد تم التبليغ عن عدة قضايا في الصحف البريطانية حاولت فيها مراكز الخدمات الاجتماعية أن تأخذ الأطفال الذين يعانون من متلازمة اسبيرجر من عائلاتهم إلى دور الرعاية بسبب الكسور والجروح الموجودة على أجساد هؤلاء الأطفال، ولقد تكشفت الأمور عن أن هؤلاء الأطفال يتعرضون للاضطهاد الشديد في المدارس، ويقومون بإيذاء أنفسهم بسبب الإحباط، ولحسن الحظ، كان هؤلاء الأطفال قادرين على الإفصاح بشكل يكفي للدفاع عن والديهم في المحاكم ولتوضيح أسباب علامات الإيذاء الظاهرة على أجسادهم.

وما هو غير معروف بشكل واسع وجود عنف في بعض العائلات التي لديها طفل توحدي، ومع ذلك، غالباً لا يكون الآباء هم من يقومون بإيذاء الأطفال، بل إن الأطفال ذوي التوحد هم الذين "يؤذون" آباءهم، وغالباً ما تكون الثورات الجسدية نتيجة لنوبات هلع عندما يعجز الطفل عن التحكم في سلوكه، وقد يضرب ويرفس ويخربش أو يعض الوالدين، وفي معظم الحالات، يبقى الوالدان هادئين فيما يتعلق بهذه الحوادث خوفاً من انتزاع طفلهم منهم وإيداعه في دور الرعاية.

نأمل أن تكون الدول المواكبة للتحضر على النهج ترى، فهؤلاء الآباء يعانون وهم في صمت حيث إنهم لا يثقون بالأنظمة الموجودة التي لا تستطيع فهم نواياهم ومقاصدهم والتعاون معهم في وضع الحلول المناسبة.

انتشار التوحد بين الآباء Prevalence of Autism in parents:

العديد من حالات التشخيص المتأخر للتوحد ـ خاصة الاسبيرجر ـ لآباء تم اكتشافها بعد تشخيص أبنائهم، والسبب في ذلك يعزى إلى قلة الوعي والإلمام المعرفي بمظاهر وسمات التوحد، وقد تبين بأنه كلما تعمق الآباء عن الحالة أكثر، كلما ميزوا سمات معينة موجودة لديهم هم أنفسهم، وغالباً ما يكون الأمر كذلك مع احتمال وجود رابط وراثي، وتعلق توني آتوود (Tony Attwood,2000) على هذا الأمر بدراسة أجريت في جامعة ييل حول الوراثة، حيث قام الباحثون بفحص ودراسة 99 عائلة فيها طفل يعاني من متلازمة اسبيرجر، تبين أن 46٪ من العائلات، لديها تاريخ عائلي إيجابي للإصابة بمتلازمة اسبيرجر، أو شيء مشابه له لدى الأقارب من الدرجة الأولى، وهذا يظهر أن ما تطلق عليه آتود Attwood "النمط الوراثي البيني التوحدي الأوسع" The Broadr Autism Pheno Type من المحتمل أن يكون أكثر شيوعاً لدى العائلات مما كان متوقعاً في السابق.

ولقد كشفت الأبحاث التي أجريت حول الأطفال الأشقاء لطفل يعاني من متلازمة اسبيرجر عن احتمال إصابتهم بأجزاء من التوحد ؛ وقد لا تكون الخصائص الفردية كافية في عددها أو شدتها لإجراء تشخيص أوضح، ولكن إذا كانت الحدود ما بين المدى الطبيعي ومتلازمة اسبيرجر غير واضحة، وغير محددة، حينئذ يمكن اعتبار مثل هؤلاء الأطفال، من قبل بعض الإكلينيكيين، على أن لديهم تشخيصاً بمتلازمة اسبيرجر.

الفصل الثالث
الأســـــبــــــاب
Causes

تعددت الأسباب والهدف واحد وطرق الوصول إلى تحقيق ذلك الهدف متباينة، لذا عندما يراد البحث للوصول إلى سبر أغوار هذه الأسباب، فإن استعراضها واجب أساسي، وصولاً إلى تحقيق الهدف، ونشر المعرفة المنشودة من خلال استعراض الوراثة، والمشكلات الأيضية، وفيما يلي موجز لذلك:

الوراثة Genetic:

يعارض بعض الآباء، وبشدة، فكرة الأسباب الوراثية للتوحد، ويقتبسون ما ذكرته مويناهان (Moynahan, 1999) عن الإحصائيات الصادرة من قسم التربية في كاليفورنيا، والتي تظهر بأن التوحد في الولاية قد ازداد في التسعينيات بمقدار 27.3٪ عن عقد الثمانينيات، مع أن المعايير التشخيصية التي تم استخدامها لم تتغير عن الأعوام السابقة، وقد يعزى ذلك إلى:

1. التعريف الأوسع للتوحد.
2. حقيقة أن الوراثة لا يمكن أن تتغير على مدى نصف جيل.
3. السبب الوراثي قد يكون محتملاً.
4. وصف الذات: فقد يتعرف الأفراد على نفس سمات التوحد في أنفسهم.
5. ردود أفعال الأطفال يزيد الوعي المعرفي لدى الآباء.

وذكــرت جرانـــدن (Grandin, 2002) أن كـــانر Konner وأسبيرجر Asperger اعتقدا أن المتلازمة التي قاموا بوصفها قد تم نقلها وراثياً.

وتبين عند فحص الأفراد ذوي أسبيرجر أن الخصائص لدى العائلات وخاصة آباء هؤلاء الأطفال كشفت عن ذلك، وبينت جراندن أنه ليس من الضروري أن تكون العلاقة منشأها الأب، فقد تم تشخيص عدد من الأمهات اللواتي يعانين من اسبيرجر Asperger إجرائياً، علاوة على أن الألوف من أقارب العائلات التي لم يتم تشخيصهم على الطيف التوحدي وذلك يعزى إلى أن مهاراتهم أفضل، ويمكن اعتبارهم "طبيعيين"، بالإضافة إلى أن تاريخ عائلات الأشخاص ذوي التوحد يظهر على الأقل وجود نوع من الرابط الوراثي.

وفي هذا الإطار يحتوي تاريخ عائلات التوحد عالي الأداء (HFA) High Functioning Autism على:

- الموهبة Talent
- اضطراب القلق أو الهلع Anxiety disorder or panic
- الاكتئاب Depression
- الحساسية تجاه الأطعمة Foods allegries
- صعوبات تعلم Learning Disabilities

في العديد من العائلات التي تم دراستها، لم يتم تشخيص التوحد رسمياً، ولكن الدقة والمقابلة المقننة أثناء عملية طرح الأسئلة كشفت عن هذا الاضطراب، ويحتوي تاريخ معظم هذه العائلات عن وجود أعراض تظهر جلياً لدى كل من جانبي العائلة لـ:

- التوتر Tension
- العصبية Nerve
- القلق Anxiety
- اكتئاب متوسط Depression Mild

- الحساسية المفرطة تجاه الأصوات العالية

Hyper-Sensitivity to Loud Sounds

- الانزعاج من تعدد اختلاط الأصوات، وتعدد مصادرها

Disturbing Mixing of Multiple Voices, Multiple Sources

- تقلب المزاج — Mood Swings
- المثابرة على موضوع واحد — Perseveration on one Topic
- العصبية الحادة — Acute Neurological
- الحساسية تجاه بعض الأطعمة — Foods Allegries
- وجود إشارات لاختلال في جهاز المناعة

Signs Immune System Abnormalities

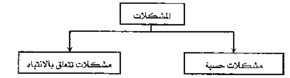
وعلى الرغم من ذلك، فإن الآباء الذين يعانون من متلازمة اسبيرجر، ينشدون القدوة لأبنائهم ويجاهدون على أن يكونوا آباء صالحين لهم، ويرغبون القيام بكل شيء يستطيعونه من أجل مساعدتهم، ويبدو أن هناك مزايا ومساوئ لآباء الأطفال ذوي التوحد:

المزايا Advantages:

- لديهم فهم أفضل لمشكلات طفلهم.
- يسترجعون الماضي في مسيرة طفلهم.
- يتجنبون معيقات الاستمتاع بالحياة لأبنائهم.
- تنعكس خبرة الآباء في مسيرة الأبناء.

المساوئ Disadvantages:

وتشمل مشكلات حسية، ومشكلات تتعلق بالانتباه، وفيما يلي توضيح لذلك:



1. مشكلات حسية:

مثل:

- فرط الحساسية.
- الضغط.
- المعالجة الأحادية Monoprocessing.

لتخفيف كمية المعلومات وتجنب فرط الحساسية والضغط، قد يستخدم التوحديون قناة حسية واحدة في وقت واحد ويقومون بإيقاف جميع الحواس، مما يجعل إدراكاتهم محدودة بشكل معين ولكنه يساعد في إيجاد معنى للمعلومات في محور حسي واحد على الأقل، ثم يتعلمون بعد ذلك تغيير القنوات وبذلك يتمكنون من الحصول على معلومات عن شيء ما أو حدث أو وضع معين، مع أن هذا لا يحدث في نفس الوقت في جميع الحواس (الإمام، الجوالده، 2010 ـ د).

- اضطراب عصبي Neurotypical Syndrome.

ما هي متلازمة النمط العصبي (NTS)؟
What Is Neurotypical Syndrome?

هـي عبـارة عـن اضـطراب عـصبي يتميـز بالانـشغال في الاهتمـامـات الاجتماعيـة وأوهـام التفـوق والاستحواذ والامتثـال، وهـؤلاء الأفـراد عـادة مـا يفترضون أن:

1. خبراتهم في العـالم هـي الخبرات الوحيـدة أو أنهـا الخبرات الـصحيحة الوحيدة.
2. يجدون صعوبة في أن يكونوا لوحدهم.
3. غير متسامحين تجاه الفروق البسيطة Minor Differences الظاهرة لدى الآخرين.
4. متصلبون سلوكياً واجتماعياً، عندما يكونون ضمن مجموعة.
5. يـصرون بـشكل متكـرر علـى أداء طقـوس معطلـة ومـدمرة، وحتـى مستحيلة كوسيلة للمحافظة على هوية الجماعة.
6. يجدون صعوبة في الاتصال المباشر.
7. يكذبون كثيراً مقارنة مع أفراد الطيف التوحدي.

ويعتقد أن النمطية العصبية NT وراثية المنشأ، ولقد ظهر بعد تشريح جثث أفـراد شخـصوا بالنمطيـة العـصبية NT أن حجـم دمـاغهم أصـغر مـن دمـاغ التوحديين، كما أنهم قد يمتلكون مناطق متطورة بشكل متقدم في المناطق المتعلقة بالسلوك الاجتماعي (Muskie, 1999).

2. مشكلات تتعلق بالانتباه:

إن الانتباه عملية معرفية لا يمكن ملاحظتها بشكل مباشر، ويمكن أن يتميز في بعدين:

أ. من حيث طبيعته:

- الانتباه الإرادي.
- الانتباه اللاإرادي.

ب. من حيث أمده:

- الانتباه اللحظي أو قصير المدى.
- الانتباه المستمر أو طويل المدى.

والإنسان لا يستطيع الانتباه إلى أكثر من مثير في نفس الوقت فإذا وصل المثير إلى تجاوز العتبة المطلقة دخل بذلك في نطاق الانتباه، ويتوقف مركز الانتباه على عوامل معينة **يمكن تصنيفها كما جاء في (الإمام، الجوالده، 2010_ج) إلى نوعين هما عوامل ترجع إلى المثيرات وعوامل ترجع إلى الفرد:**

أ. عوامل ترجع إلى المثيرات: ويمكن عرضها من خلال النقاط الآتية:

- *قوة المثير وتركيزه:* المثير الأكثر قوة هو الأكثر إثارة للانتباه، والمثير القوي يمثل بؤرة الاهتمام.
- *طبيعة المثير:* يقصد بطبيعة المثير نوع المثير وكيفيته، فقد يكون سمعياً أو بصرياً، وقد يكون جماداً أو كائناً حياً.
- *حجم المثير:* إن المثيرات الأكبر حجماً هي أكثر إثارة للانتباه من المثيرات الأصغر حجماً.
- *حركة المثير:* إن اختلاف حركة الشيء عما حوله تجعله مثيراً للانتباه، فالمثيرات المتحركة أكثر إثارة للانتباه من المثيرات الثابتة، وفي المقابل وجود شيء ثابت بين أشياء متحركة يجعله مثيراً للانتباه.

- *تكرار المثير*: فلو صاح أحد مرة واحدة فقد لا يجذب صياحه انتباه الآخرين، أما إن كرر هذه الاستغاثة عدة مرات كان ذلك أدعى إلى جذب الانتباه، على أن التكرار إن استمر رتيباً وعلى وتيرة واحدة فقد قدرته على استدعاء الانتباه فلذلك يجب أن ينوع بإلقائه، فالتنويع في التكرار يؤدي إلى إثارة الانتباه لذا ينصح بمدارس التربية الفكرية بالتكرار المستمر للمفهوم الواحد، بطرق واستراتيجيات متنوعة حتى نجذب انتباه هذه الفئة نحو عملية التعلم.
- *موضع المثير*: تتباين أهمية المثير تبعاً لموضوعها فنجد أن قارئاً عندما يتناول كتاباً يقرأ ما في الغلاف، وآخر يقرأ الصفحة الأولى، وثالث قد يتناول الفهرس، ورابع قد يجذبه صفحة في منتصف الكتاب، وقد يميل الخامس إلى قراءة الجزء الأعلى من الصحيفة أكثر من النصف الأسفل.
- *الجدة والتغيير في المثير*: يتحول مركز الانتباه من مثير لآخر إذ حدث أحياناً تغيير في المثير الآخر، تغيير المنبه عامل قوي في جذب الانتباه، إن المنبه الذي يظل ثابتاً دون تغير يجعلنا نتكيف معه وبالتالي لا يثير انتباهنا، وأي تغيير في المنبه يكون غالباً مثيراً للانتباه، ولكن ذلك يتوقف أيضاً على الظروف التي يحدث فيها تغير المنبه، أثبتت الدراسات أن الصورة أكثر إثارة من الصوت، وأن صورة الأحياء أكثر إثارة من صورة الجماد، وأن الكلمة المسجوعة أكثر إثارة من الكلمة غير المسجوعة.
- *التباين Contrast*: إن المثير المختلف عمَّا حوله يؤدي إلى إثارة الانتباه، فالأشياء الملونة مثلاً أكثر تبايناً لذلك تثير الانتباه: واللون الأبيض يكون أكثر إثارة للانتباه إذا وضعت خلفه خلفية سوداء.

ب. عوامل ترجع إلى الفرد: هنالك عوامل داخلية مؤقتة وعوامل داخلية دائمة.

1. العوامل المؤقتة:

- *الحاجات والرغبات:* حاجات الإنسان ورغباته تلعب دوراً مهماً في توجيه الانتباه، فإحساس الشخص بحاجة معينة أو شعوره برغبة ما يؤدي إلى حالة من التوتر وتجعل انتباهه محفزاً وموجهاً إلى مقصده، فالجائع إذا كان سائراً في الطريق يجذب انتباهه الأطعمة وروائحها بوجه خاص.
- *التهيؤ الذهني Mentalset:* عندما يكون الشخص في حالة تهيؤ ذهني لإحساس معين، فإن انتباهه يتركز على نطاق محدود من المثيرات المرتبطة بما يتهيأ، نرى أن الطلاب تكون وجهتهم الذهنية نحو صوت إطلاق الجرس لبدء الامتحان أو انتهائه، ورجال الدفاع المدني لجرس الإنذار، إذا كان هناك شخص يريد شراء سلعة معينة فإنها تجذب انتباهه عندما يراها.
- *مدة التركيز على المثير:* إن امتداد مدة التركيز على مثير بعينه قد تصيب الفرد بالملل أو التوتر معا يجعل الانتباه يتحول إلى مثيرات أخرى، وبالتالي انصرف الفرد عن المثير المقصود إلى مثيرات غير مقصودة، مما قد يؤثر على مضمون الانتباه، وتظهر هذه الحالة كثيراً لدى الأطفال الذين يقضون مدة طويلة أمام التلفزيون أو أمام جهاز الحاسوب، ففي أثناء هذه المدة تنخفض قابلية انتباههم من ناحية السمع والبصر، والتنبيهات التي يتلقونها تفوق سعة أذهانهم، لذا تظهر هنا مشاكل عدم التركيز، فعلينا الحذر من كل ما يبعث تنبيهات كثيرة لكي نتجنب قلة التركيز وما تنتجه من مشاكل ومحاذير.

2. العوامل الدائمة:

- الدوافع المهمة: دوافع الإنسان لا عد لها ولا حصر، ومن هذه الدوافع ما هو فطري وأولي ينتقل إلى الأفراد عن طريق الوراثة، فلا يحتاج الفرد إلى تعلمه واكتسابه كدوافع الجوع والعطش والنوم والجنس وحب الاستطلاع، ومنها ما هو مكتسب يكتسبه الفرد نتيجة لخبراته اليومية، أثناء تفاعله مع البيئة الاجتماعية، ومنها ما هو شعوري أي يفطن الفرد إلى وجوده، ومنها ما هو لاشعوري لا يفطن الفرد إلى وجوده، والانفعالات كالفرح والحزن والغضب والخوف من الدوافع القوية التي تحرك سلوك الأفراد.
- الميول المكتسبة: تؤثر ميول الشخص على ما يجذب انتباهه فمثلاً من يعشق سيارات السباق تجذب انتباهه نوعيتها ويبدو أثر الميول في اختلاف النواحي التي ينتبه إليها عدد من الناس حيال موقف واحد.

وبناءً على ذلك أورد جيلبيرج (Gillberg,1998) أن حقيقة بعض آباء الأطفال الذين يعانون من اسبيرجر AS والتوحد عالي الأداء HFA، هم أنفسهم يعانون من خصائص مرتبطة بالتوحد، وهنا تطرح قضية أهلية الأبوة لدى هؤلاء الأفراد، وقد تم مناقشة هذه القضية، بنفي الفرض القائل بأن ما يعانيه الآباء قد يسهم في إيجاد بعض المشكلات السلوكية/ النفسية لدى الأبناء.

وقد أطلقت جينينجز لينهان (Jennings Linehan,2004) مصطلح إعاقة أبوية Parental disability لوصف المشكلات التي يواجهها الآباء الذين يعانون من متلازمة اسبيرجر أثناء قيامهم بواجبهم الأبوي تجاه أطفالهم، وعلى الرغم من ذلك، فقد استند هذا الوصف عن الوعي المغلوط في سوء فهم ناتج عن فهم حرفي لتعريف الأدب النظري الذي كتب في التوحد من خلال ما تم تناوله عن:

- نقص في التعاطف.
- نقص في نظرية العقل.
- تناسق مركزي ضعيف.

لا يتحتم على الآباء الذين يعانون من متلازمة اسبيرجر، أن يتم تصنيفهم تحت مسمى الإعاقة الأبوية، وذلك من منطلق استفسارات لمجموعة من الأسئلة منها:

1. هل من المفيد تشخيص الإعاقة الأبوية لدى الآباء الذين يعانون من متلازمة اسبيرجر على أساس التفسير الحرفي لاضطرابات الطيف التوحدي؟.
2. هل الآباء المصابون بإعاقة شلل دماغي، صمم، عمى... إلخ غير مؤهلين لرعاية أطفالهم؟.
3. هل الآباء المصابون بإعاقات بصرية، لا يستطيعون أن "يقرأوا" التعبير المرسوم على وجوه أطفالهم، يعني هذا أنهم سيخفقون في دعم أبنائهم عاطفياً ونفسياً؟.
4. هل الآباء الذين يعانون من صعوبات تعلم، يكون أبناؤهم بالضرورة من ذوي صعوبات التعلم؟.

كل هذه الأسئلة وغيرها، تحتم عدم الأخذ بمبدأ "الانتقالية السلبية، بمعنى انتقال المظاهر السلبية من الأعلى إلى الأقل، فكل ما سبق ليس من باب العدوى، لكن يمكن القول أن هناك حالات عندما يقوم الآباء بإهمالها أو حتى إيذاء أطفالهم، قد يحدث التأثير الواضح والظاهر، الذي يوصم بما يبرزه من مؤشرات، فإذا كانت مؤشرات تدل على صعوبات تعلم فيوصم الطفل بأنه من ذوي صعوبات التعلم، وإذا كانت مؤشرات السلوك تتشابه مع مؤشرات سلوك أفراد ذوي متلازمة اسبيرجر، فيطلق على الطفل بأنه من أفراد ذوي متلازمة اسبيرجر، في نهاية القول يرى المؤلفان بأن الإعاقة الأبوية ليست عدوى تنتشر في ربوع الأبناء، فكثير من الذين يعانون من الإعاقة نجحوا في تربية أبنائهم.

وماذا عن المؤلفين المشهورين الذين يعانون من متلازمة اسبيرجر من أمثال الدكتورة لاوسون Lawson، وويلي وجينور باريت Gaynor Brrett اليس لديهم أطفال؟ نعم، لقد عانوا من صعوبات - ومن هم الآباء الذين لا يعانون من صعوبات بصفة عامة؟ - ولكن هل

يعني هذا أن لديهم عجزاً أبوياً؟ على العكس، ففي بعض الأحيان، تظهر الأمومة جلياً لدى الأم التي تعاني من متلازمة اسبيرجر، وقد تشعر هذه الأم بأنها "مرتبطة" بشخص آخر، وتشعر أنه ابنها وهو الأقرب إليها، ومن الدكتورة ويلي وجينزر باريت فهي امرأة شابة تعاني من متلازمة اسبيرجر، فعندما أنجبت، جلبت ابنتها لها السعادة، وشعرت بمعنى الحياة، فارتبطت مع العالم الخارجي، وطردت عالم الوحدة، وكان الشعور بالأمومة، منجاة لما عاشته من غيبوبة (Lawson, 2001).

المشكلات الأيضية Metabolic Problems :

يعتقد بعض الآباء بأن طفلهم ولد سوياً ثم أصبح توحدياً، بسبب الاضطرابات الأيضية التي قد تكون نشأت من العجز عن منع السموم من التسرب إلى مجرى الدم مما ينجم عنه إمطار الدماغ بوابل من المواد الكيماوية التي تتدخل بالنقل العصبي، ومن هنا قد يدخل مطعوم الثلاثي الفيروسي MMR (الحصبة Measles والنكاف Mumps والحصبة الألمانية Rubella) كسبب.

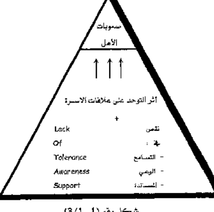
يشعر الآباء بأنهم متأكدون بأن سبب إصابة طفلهم بالتوحد هو المطعوم الثلاثي، وهم يذهبون إلى المحاكم ويدّعون أن أطفالهم قد تم تدميرهم بشكل دائم بسبب المطعوم الثلاثي، وعند سماع هذه القصص المرعبة، يرفضها العديد من الآباء الآخرين خوفاً من أن يكون أبناؤهم قد يصابون بالتوحد، ويطالبون بثلاث جرعات منفصلة بدلاً من المطعوم الموحد MMR.

ومع ذلك، يصر الموظفون الرسميون على أنه لا توجد مخاطر من المطعوم الثلاثي، وأن الآباء يقومون بتعريض أطفالهم لمخاطر زائدة من الإصابة بالأمراض بين الجرعات المنفصلة، ومن غير المحتمل أن يحل هذا الخلاف حتى تتم معرفة شيء أكثر عن آثار MMR، وإلى أن يحين هذا الوقت، يكون لدى الآباء الحق في معرفة المخاطر

المحتملة والآثار الجانبية للتطعيم، وتوسيع دائرة المعرفة بتجميع المعلومات والاطلاع على التقارير ودراسة الحالات.

الصعوبات التي تواجه الأهل:

ليس هناك شك في أن عائلة الطفل التوحدي تعاني من الشعور بالإحباط من وقت لآخر، ويشعرون بالضيق والإحراج عندما يفقدون أعصابهم بسبب عدم القدرة على التعامل مع المشكلات والصراخ والبكاء وقذف الأشياء، وفي بعض الأحيان، قد يقتربون إلى حد إيذاء أطفالهم وأنفسهم، وذلك كله بسبب الغموض الذي يسود حياتهم، ويمكن من الشكل التالي الاقتراب من بعض المسببات للصعوبات، التي بالمقدور مواجهتها والعمل على تقديم حلول لها.



شكل رقم (1 ـ 3/1)

لوتاس LOTAS "صعوبات الأهل"

يوضح الشكل رقم (1 ـ 3/1) العوامل الضاغطة على الأهل في إبراز صعوبات التعامل في وجود طفل يعاني من التوحد في العائلة؛ فقد يجلب الكثير من المشكلات العقلية والانفعالية والوجدانية، التي يصل بعضها إلى حد التعقيد والانزواء، والبعض الآخر إلى الإهمال والتسول والمطالبة بالمساندة والعطاء.

إن نقص الفهم والوعي والتسامح والحلم والدعم والمساندة، كل ذلك قد يجلب نتائج مأساوية، ولقد اعترفت بعض الأمهات بالرغبة في إنهاء حياتها لعدم امتلاكها القوة على التعامل مع الضغط الهائل الذي يفرضه التوحد على حياة العائلة، وغالباً ما يكون هذا الطفل ذو التوحد هو الذي يمنعهم بشكل غير مباشر من الانتحار ـ مجرد فكرة ما سوف يحدث له، ومن سيحبه بالطريقة التي تحبه بها والدته، قد تمنحهم قوة جديدة في هذه المعركة الخالدة من أجل طفلهم ــ ويكون بعض الآباء غير قادرين على التكيف مع السلوكيات المتحدية لطفلهم ــ خاصة العدوانية وإيذاء الذات ــ وقد يفكرون بوضعهم في مؤسسة ما خارج البيت، ولا يحتمل بعض الآباء فكرة ما سوف يحدث لطفلهم عندما يتوقفون عن حمايته، وهناك بعض القصص التي هزت العالم:

- فلقد قامت أم أسترالية بقتل ابنها التوحدي البالغ من العمر عشرة أعوام وحاولت الانتحار.
- وقام رجل في كندا بإطلاق النار على ابنه التوحدي البالغ من العمر 27 عاماً، ثم أطلق النار على نفسه.
- كما قام زوجان مدفوعان باليأس والإفلاس المالي إلى الانتحار بسبب الإنفاق والابتزاز من المحيطين بهم، بحجة مساعدتهم بانتشال ابنتهم مما تعانيه من متلازمة أسبيرجر.

فكل هذه القصص وغيرها، نجد أن الابن الذي مات لم يكن بسبب التوحد، والانتحار الذي حدث للوالدين لم يكن بأيدي ذوي التوحد، ولكن بسبب:

- قلة الحلم والتسامح.
- العجز في المعرفة.
- إهمال المجتمع.
- النقص في المساعدة التي تلقتها العائلة.
- الشعور بخيبة الأمل بسبب نقص الدعم من السلطات.
- عجز الأخصائيين عن تقديم المعونة.
- قلة البرامج التثقيفية.

كل هذه السلبيات ينبغي على العائلة أن تتكيف معها، وقد يكون أحد الأسباب راجعاً إلى أنه من الصعب على الآباء غير التوحديين، أن يتخيلوا كيف يمكن أن يكون الوضع عندما يكون الشخص توحدياً؛ ونقدم هنا مثالاً على الإحباط الذي يمكن أن يشعر به الآباء والذي يسببه الجهل البيئي Ignorance of Environmental.

فيذكر إيفانز (Evans,1999) أن كل نزهة إلى الخارج كانت تعتبر مغامرة مجهولة وكارثة محتملة، فيمكن للتعليقات التي تسمع عرضاً أو التي يبلغ عنها فيما بعد أن تكون مهينة إذا كانت قادمة من غريب، كما يمكنها أن تدمر العلاقات إذا كانت ناشئة عن شخص قريب، وعندما تفكر بذلك، فلا يوجد هناك والد يرغب بأن يتصرف طفله بطريقة "غريبة" أو مضادة لمجتمع أو خطيرة، وإذا ما وجد هناك أسلوب لجعل الطفل سوياً، سوف نتبعه، ولكن لا يوجد مثل هذا، لذلك، من المحتمل أن الأشخاص الآخرين هم الذين يجب أن يعملوا على تغيير مواقفهم وسلوكياتهم، ولا يوجد عذر للبالغين الذين لا يعانون من إعاقات في جعلهم للأوضاع الصعبة أسوأ.

الفصل الرابع
التطـــور
Development

نادراً ما يتم الكشف عن التوحد منذ الولادة، ويقال عن الوليد الذي يبدو طبيعياً أنه يتراجع ويصاب بالتوحد مع تقدمه في العمر، وقد نجد عدة قصص ممكنة يقوم بسردها الآباء عند السؤال عن حالة طفلهم:

- قد يكون هناك خطأ ما منذ البداية، لم نكتشفه.
- طفل مثالي A perfect baby، وتصرفاته طبيعية جداً:
  - قد ينام طوال الليل ويأخذ غفوات منتظمة خلال النهار.
  - نادراً ما يبكي ويبدو راضياً عن كل شيء.
  - يناغي ويبتسم.
  - المراحل الأساسية في النمو تسير في الوقت المناسب.
  - عادة ما تكون ردود أفعال الأقارب والأصدقاء بأنه طفل جميل.
- طفل ضئيل A handful baby:
  - لا ينام كثيراً.
  - يعاني من مشاكل تتعلق بالرضاعة.
  - يعاني من التهاب متكرر بالأذن.
  - لا يمكن أن يترك وحده، ولو لدقيقة واحدة.
  - يصرخ، دون أي سبب ظاهري.
  - نشيط دائماً، ودون كلل.
- مجموعة من هذه الأعراض مجتمعة.

فعلى سبيل المثال، قد يبدأ الطفل كطفل مثالي ويتطور ليصبح مشكلاً، والعلامات المبكرة للتوحد قد يتم تجاهلها بسهولة.

علامات توحدية

Signs Of Autism

- يبهر بالأضواء والأصوات وحركات الجسد.
- يكون سعيداً عندما يترك وحده.
- يبتعد عن الشخص الذي يريد أن يحتضنه.
- يهز جسده ويدور يديه وينقر على الأشياء ويلوح بيديه.
- يلعب بأجزاء من اللعبة (مثل عجل سيارة)، والتعلق بها.
- يرتب الأشياء في صفوف.
- ينزعج ولا يحب أن يقوم أحد بلمس ألعابه، أو بأن يعيد ترتيبها.
- الصراخ عند غسيل الشعر أو تقليم الأظافر.
- التشبث بما يحيطه من أشياء.
- تفضيل غير عادي لبعض الأطعمة.
- قد يتحول الشعر الذي كان ناعماً إلى الخشونة.
- يتتابه صعوبة في تمييز الأشخاص البالغين المألوفين لديه عندما يقومون بتغيير ملابسهم أو تسريحة شعرهم.
- عدم وجود ردود فعل للأصوات العالية أو عند مناداته باسمه، الشك بأنه أصم، ولكنه قد ينتبه للأصوات الخافتة جداً مثل فتح علبة بسكوت..
- قد يبدأ بالكلام ولكن فيما بعد:
  1. يفقد الكلمات.
  2. تتطور لديه لغة خاصة به.



وقد تظهر المخاوف الأولى بسبب تأخر تطور النطق، ومع ذلك، هناك ربّما أصدقاء وأقارب أو حتى أطباء يكونون مستعدين - بنوايا حسنة - لطمأنة الوالدين بعدم وجود خطأ ما: "إنه ولد، وكل الأولاد كسالى"، "إنه ذكي جدا انظر إلى عينيه" وغيرها. وفي البداية، غالباً ما يصدق الآباء هذا الكلام إذا ما بدأ الطفل بالتحدث، وعندئذ يكون كل شيء على ما يرام، فهم يدركون فيما بعد أنهم كانوا على خطأ، وهذه الرغبة في امتلاك طفل سعيد وبصحة جيدة وغير مختلف عن أقرانه من الأطفال قد تسكت المخاوف الأولية غير الواعية، فأي والدين يرغبان بأن يكون طفلهم خالياً من المشكلات النفسية والحسية والجسدية والانفعالية ويسعدان برؤيته ينمو ويتطور.

ذكرت ناصيف (Naseef, 2001) أنه عندما بدأ ابنها طارق "بالتحفيز الذاتي" أو التلويح بيديه خاصة بعد أن اكتمل نموه، ترغب آلياً في إيقافه وفي جعله يتصرف بشكل سوي، ويمكن أن يكون رد فعلها يائساً لأنها لا تريد أن يلحظ الآخرون أنها وابنها مختلفين. كما أنها تجد نفسها أيضاً تحاول أن تجنب التقاط الصور له، عندما لا يتصرف بشكل سوي.

مراحل تطور الآباء ما بين التشخيص والتقبل:

هناك عدة قصص ممكنة حول تطور الآباء - منذ معرفتهم بأن طفلهم يعاني من مشكلات إلى الوقت الذي يعتادون فيه على الفكرة ويتقبلونها، ويمكن أن تكون الفترة ما بين التشخيص والتقبل طويلة جداً، ومؤلمة جداً، وهي فترة قد يمر الآباء خلالها عبر عدة مراحل نوه عن بعضها وتم تناول بعضها الآخر في (الإمام، الجوالده، 2009 - ب) على النحو التالي:

أولاً: مرحلة الإنكار Denial

فهم لا يريدون أن يصدقوا أن هذا الابن الجميل المحبوب فلذة أكبادهم معاق، وفي بعض الأحيان، يشعرون حقاً بأن هناك خطأ ما - خاصة عند مقارنته مع أقرانه -، وفي أحيان أخرى، فإنهم يقنعون أنفسهم أن كل شيء على ما يرام وأن الطفل يتقدم وينمو بشكل اعتيادي، حيث إنه عبر مراحل النمو الرئيسة عند العمر العادي، وأنه جيد جداً، فكل تصرفاته تشير إلى اعتيادية تصرفات أقرانه، فهو يفتح محطات التلفزيون، للبحث عن البرامج المفضلة له، وقد يضع أحياناً شريط الفيديو ليشاهد شيئاً أحبه.

وهم يجدون صعوبة في تقبل الوضع، وغالباً ما ينزعجون عندما يذكر الأصدقاء أو الأقارب بعض الخصائص الغريبة في سلوك الطفل ويقترحون عليهم استشارة طبيب، ومن الخطر البقاء في هذه المرحلة لفترة طويلة، فكلما كان التشخيص أسرع وبدأ التدخل في وقت مبكر، كلما كانت الفرص أفضل، لأن يتحسن الطفل في المستقبل،

وهناك بعض الآباء ـ عددهم قليل ـ ممن يرفضون تقبل هذه الحقيقة وينكرون ضرورة تلبية حاجات طفلهم الخاصة، ويسردون تاريخ أفراد العائلة بأن فلاناً القريب لنا كان مثل ابننا واليوم في موقع مرموق، والأب يقول عن نفسه بأنه كان بطيئاً أيضاً عندما بدأ التكلم، ولكنه اليوم مهندس ـ وغيرها، وغالباً فإن الطفل هو الذي يتأذى من مثل هذه المواقف.

من يعيش الصدمة تسلب إرادته وتصاب صحته النفسية

ثانياً: مرحلة الصدمة Shock

وتتبع هذه المرحلة مرحلة الإنكار، فالوالدان يُصدمان من حقيقة أن يكون طفلهما توحدياً، ومهما كان الآباء مستعدين لمعرفة الأسوأ، فإن حقيقة أن "الأسوأ" قد حصل تجلب الصدمة التي تتبعها المرحلة التالية.

ثالثاً: مرحلة سلب الإرادة Helplessness

في هذه المرحلة، يشعر الآباء بأنهم مشلولون انفعالياً وغير قادرين على عمل أي شيء في البداية، وهم يشعرون بسلب الإرادة لأنهم لا يعرفون ما هو التوحد؟، وما يجب عليهم القيام به، وبشكل متناقض، كلما عرف الآباء أكثر عن التوحد، كلما شعروا بالارتباك وسلب للإرادة أكثر، وغالباً ما يعتقدون أنهم العائلة الوحيدة في العالم التي لديها طفل مصاب بذلك، وأن لا أحد يستطيع فهم مشكلاتهم ـ ومعرفة أن هناك العديد من الذين يعانون من نفس الوضع يجلب لهم شعوراً كبيراً بالرغبة في طلب المساعدة ـ ويتبع الشعور بسلب الإرادة شعور بالمرحلة الرابعة.

رابعاً: مرحلة الذنب Guilt

قد يشعر الآباء بالذنب ويتساءلون فيما إذا كان اللوم يقع عليهم لإصابة ابنهم بالإعاقة، وهذه هي المرحلة التي إما أن تصبح فيها العائلات أقوى وأكثر تماسكاً،

وتضع الخطط في توحيد الجهود من أجل مساعدة الطفل، أو قد تنقسم هذه العائلة لأن الآباء يلقون باللوم على بعضهم البعض، أو على أقارب الطرف الآخر بسبب وجود "الجينات الوراثية الخطأ لديه"، ويترافق مع هذا الشعور بالذنب، شعور بالخجل من طفلهم وبعدم الرغبة في أخذه معهم عند الخروج، أو عدم الرغبة في التحدث عنه مع الأصدقاء كما لو أنه غير موجود، وهم ينظرون إلى الأمر على أنه عقاب على ذنب اقترفوه في الماضي.

ومعظم الآباء يتغلبون على هذه المسألة، ولكن تقابلهم مجموعة من التحديات في المشاعر تكون بنفس الدرجة من القوة.

من يعيش في التأرجح الانفعالي بالغضب يهوي، وبالتقبل يعلو

خامساً: مرحلة الغضب Anger

يتساءل الآباء: لماذا أصيب طفلي أنا بالذات؟، ما هو الخطأ الذي ارتكبته؟، لماذا أرى الآباء الآخرين يشربون ويدخنون ولديهم أطفال أسوياء، بينما أنا لا؟، وفي بعض الأحيان، وبشكل غير واع، يشعر الآباء بالشفقة على أنفسهم، وفي دائرة القبول، فإن هذه مرحلة خطيرة وقد يبقى الآباء ملتصقين بها، حيث يميل الآباء إلى تكريس طاقاتهم في لوم كل الناس وكل الأشياء على سوء حظهم بدلاً من طلب المساعدة، ومن الضروري ملاحظة أن بعض الآباء يتقدمون مرحلة أو مرحلتين، وبعضهم يقف في مراحل معينة أكثر من الآخرين، وبعد التغلب على هذا التأرجح الانفعالي يصل الآباء إلى النقطة التي تليها عدة مسارات يجب اتباعها، ويكون الخيار فردياً ومعتمداً على عوامل شخصية، ومهما كان المسار الذي يختارونه، فإن أهم شيء هو الوصول إلى التقبل.

سادساً: مرحلة التقبل Acceptance

اقبلني فأنا جزء منك

يحب الآباء أطفالهم كما هم وللفروق التي تجعلهم أناساً متفردين، وهناك خطوة مهمة وهي التوقف عن الشعور بالشفقة على أنفسهم، وأن يبدؤوا بالاستمتاع بصحبة الطفل، ونتيجة لذلك، تصبح العائلة سعيدة وتوجد جهودها من أجل تحسين نوعية حياة الطفل وحياة العائلة ككل، كما يصبحون فخورين بتقدم الطفل، وينظر إلى أصغر المؤشرات على التحسن - قام بزر قميصه، استطاعت أن تلبس جوربيها، أجاب بـ "نعم" على السؤال - أنها انتصارات للعائلة كلها في معركتها المستمرة من أجل الارتقاء بالطفل، ولا يشعر الآباء بالخجل من الطفل ويخرجون به إلى كل مكان، كما يحاولون أن يشركوه في جميع أنشطتهم بقدر الإمكان، متجاهلين كل التحديق الصادر من أناس غير مطلعين، ويتعلمون أن يحبوا طفلهم على الرغم من الفروق، ويشعرون بأن هذه الفروق هي مصدر متعة لهم، على أنها مؤشر إلى نجاحهم في الاهتمام والتربية والعناية والرعاية.

الطريق طويل على غير المؤمنين ومفروش بالخيرات والورود على أصحاب الرضى واليقين

(الإمام، 2010)



الفصل الخامس
النظريات
Theories

اتجاهات الآباء لا تتشابه نحو نظريات التوحد، ويكون لدى الآباء المتخصصين الذين لا يعيشون فقط مع طفل توحدي، ولكنهم يعملون أيضاً مع أناس توحديين، اهتمام كبير في تفسيرات كل نظرية:

- عادة ما يكون لدى مثل هؤلاء الآباء الأخصائيين شك في النظريات، التي يكون منشأها نظرياً، والتي نادى بها أولئك الذين ليس لهم اتصال ثابت مع التوحديين، وهم غالباً ما يتساءلون عن تلك النظريات والفرضيات وتكون لديهم مرونة في اتجاهاتهم حيال النظريات الجديدة، وبالنسبة لهؤلاء الآباء: إذا لم تتناسب البيانات ـ التي يتلقونها من خبراتهم اليومية ـ مع النظرية، فإنهم يسقطون هذه النظرية، مقارنة مع الأخصائيين الذين يكيفوا البيانات الصادرة عن دراسة حالة الطفل مع ما ورد في النظريات.
- هناك آباء آخرون لا يكونوا مهتمين بالتراكيب النظرية أبداً، فهم لا يحتاجون إلى النظريات، بل يرغبون بالحصول على المساعدة من أخصائيين مستنيرين، أي أولئك الذين لديهم معرفة وفيرة في مجال التوحد.
- هناك آخرون ممن يضعون نظرياتهم الخاصة بهم وهي التي يمكن أن تفسر تطور التوحد مع طفلهم، فإنهم يذكرون بأن مسببات إصابة طفلهم بالتوحد هي:
  1. مشكلات في جهاز المناعة.
  2. تسمم بالزئبق.
  3. مشكلات في الأحشاء.
  4. حساسية شديدة.
  5. المطعوم الثلاثي MMR.

نظرية العقل "Theory of Mind "ToM:

بغض النظر فيما إذا كان الآباء مهتمين بالنظريات أم لا : فإن نقص نظرية العقل - أي نظرية عقل الآباء - التي يعرضها بعض التوحديين وبعض الأخصائيين لها تضمينات مهمة، وترى لوسون (Lawson, 2001)، أن المعلمين وعلماء النفس وغيرهم من الأخصائيين لا يروا الأشياء بنفس الطريقة التي يراها الآباء، ويمكن أن يكون هذا محبطاً؛ حيث يكون على الآباء أن يحاربوا من أجل أبنائهم ضد جهل الآخرين.

والأكثر من ذلك، هناك نظريات عقل آباء مختلفة اعتماداً على وجهات نظر الآباء فيما يتعلق بالعلاج وبما يرغبون في أن يحققه أبناؤهم، وفي وسط هذا التباين تبرز عدة اتجاهات أشار إليها (الإمام، الجوالده، 2008) على النحو التالي:

أولاً: نقص نظرية العقل بين مجموعات مختلفة من الآباء

Lack Of TOM Among Different Groups Of Parents

وهذا ينشأ من وجهات النظر المختلفة والمتعلقة بوسائل مساعدة الطفل والنتائج المرغوب فيها، وهؤلاء الآباء الذين تكون لديهم رغبة يائسة في أن يكون طفلهم كأقرانه خالٍ من أية سلوكات متفردة، ويرغبون بالقيام بكل شيء يستطيعونه من أجل أن يجعلوا طفلهم التوحدي مرغوباً ومقبولاً، وغير منفر بقدر الإمكان، ويدعمون أنشطة بعض المنظمات الأهلية والرسمية، إن يفهموا الآباء الآخرين الذين يحاولون مساعدة أبنائهم على الأداء، ولكنهم لا يبالون في بقائه توحدياً -، كما أنهم يدعمون وجهات نظر التوحديين ذوي الأداء العالي الذين يعارضون فكرة الشفاء من التوحد.

والشيء المتناقض هو أن كلتا المجموعتين لديها الكثير من الأشياء المشتركة، ولكنهم لا يدركون ذلك بسبب عجز العقل الذي يقود إلى إساءة قراءة نوايا ومشاعر خصومهم، وهذه أمثلة على سوء الفهم بين مجموعات مختلفة من الناس والذي نتج عن نقص نظرية العقل، وقد يفسر ذلك بعض التربويين بأن ذلك قد يعزى إلى الفروق الفردية بين البشر.

▪ ما يقوله مناصرو الحركة المناهضة للشفاء؟

What supports of the Anti- Cure movement say?

نبحث عن تقبل أولاً، والرسالة المقصودة من الحركة المناهضة للشفاء، تهدف إلى علاج مشكلات الأطفال التي يمكن معالجتها مثل:

1. صعوبات المعالجة الحسية.
2. نقص مهارات المساعدة الذاتية.
3. المشكلات الإحشائية: وغيرها.

ساعدهم لكي يتطوروا ويصبحوا أشخاصاً بالغين ناجحين ولديهم اكتفاء ذاتي - أي أناس ذوي أداء عال -، من الضروري التفرقة ما بين التوحد - وهو شيء غير سيئ -، والمشكلات المتعلقة بالتوحد والتي تعيق الطفل - والتي يمكن علاجها -، دعهم يكونون مختلفين، ولكن تقف هؤلاء الذين لا يستطيعون تحمل أي تنوع بعيداً عن "السوية".

▪ ما يسمعه معارضوهم: دع الأطفال التوحديين لوحدهم: فهم أناس لهم عالمهم الخاص.

ثانياً: نقص نظرية العقل Lack Of TOM

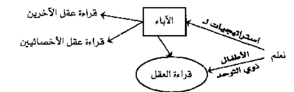
تحمل كلتا المجموعتين نفس الأهداف: ولكن بتفسيرات مختلفة:

▪ ما يقوله داعمو "مفهوم الشفاء": نريد شفاء للتوحد المصاب به أطفالنا، والرسالة المقصودة من مناصري "مفهوم الشفاء" لا نريد لأبنائنا أن يعانوا وأن يكونوا غير قادرين على العيش باستقلال وأن يكونوا منبوذين، لن نكون موجودين دائماً لحمايتهم".

▪ ما يسمعه معارضوهم: ينظرون إلى التوحديين بأنهم فئة لا فائدة منها أي ينهجون نهج جمهورية أفلاطون ويصلون بهذا إلى مسلك الجاهلية الأولى.

يذكر بارون كوهين (Baron Cohen,2003 b) أن كلتا المجموعتين تريدان لأبنائهما أن يكونوا سعداء ومستقلين بقدر الإمكان، وهاتان المجموعتان تستخدمان أساليب مختلفة لإنجاز ذلك، ومن خلال تطوير استراتيجيات مختلفة لتعليم الأطفال

ذوي التوحد قراءة العقل، ينبغي تطوير استراتيجيات مختلفة لتعليم الآباء قراءة عقل الآباء الآخرين، وقراءة عقل الأخصائيين.



والشائع بين الأخصائيين أن لديهم عمى عقلياً عند تعاملهم مع آباء الأطفال التوحديين، وفيما يلي مثال على تمرين للأخصائيين الذين يفتقرون إلى نظرية عقل الآباء.

مثال على تمرين لنقص نظرية عقل الآباء ToMP

An Example of an Exercise for Lack Of TOM

أنت مدير تربية في مؤسسة لذوي الحاجات الخاصة، ومسؤول عن تقويم موا·مة مراكز الرعاية للأطفال.

في مجالك، هناك مركز رعاية واحد للأطفال ذوي التوحد، ولكن لسوء الحظ، فالآباء غير مرتاحين له ويحاولون إقناعك بإرسال أطفالهم خارج المنطقة حيث توجد مدارس للتوحديين ذات سمعة طيبة، ولديك مصادر مالية محدودة، ولا تستطيع إرسال جميع الأطفال التوحديين في منطقتك إلى هذه المدارس، ولا يفهم الآباء أنه ليس من السهل العثور على أخصائيين متميزين، وأنك تعتبر نفسك محظوظاً إذا ما عثرت على شخص لديه بعض المعرفة بالتوحد تقوم بتعيينه كمعلم، وأنت على وعي بأن الآباء لا يحبون الأسلوب المتبع في المدرسة، بأن يكون مجرد رعاية للأطفال، ومع ذلك، ماذا يريدون أكثر من رعاية أطفالهم؟

فهناك آباء آخرون ليسوا محظوظين إلى هذه الدرجة ويتواجدون مع أبنائهم ذوي التوحد في أبنيت، ولا يأمنون دخولهم حتى في المراكز الإيوائية.

والآن قم بهذا الاختبار:

ابنك مريض جداً ويحتاج إلى عملية جراحية طارئة، ولسوء الحظ، فإن المستشفى بعيدة جداً، هل تستأجر تاكسي - والذي يأخذ أجراً عالياً جداً - لتأخذه إلى هناك، أم تأخذه إلى طبيب أسنان قريب منك - على أي حال فلديه معرفة بتشريح الجسد ويجب أن يكون قادراً على إجراء العملية، أليس كذلك؟ -، وإذا ما أصرت الأم على الخيار الثاني - حيث إنه أرخص - كيف سيكون شعورك؟

هذه هي الطريقة التي يشعر بها الآباء الذين يودعون أطفالهم في مراكز رعاية غير مناسبة، وليس من الخطأ مقارنة الطوارئ الجسدية بالطوارئ العقلية، ومع ذلك، فهؤلاء الأطفال لن يموتوا، ولكن الوقت يذهب سدى.

يهلك الطفل بإهدار الوقت حين تكون هناك فرصة للتطور ولا تستثمر، وينتج عن ذلك معاناة تستمر مدى الحياة أي يكون هناك عجز في الاتصال، ونقص في المهارات الذاتية، واعتماد كامل على المربين، وتعتبر مساعدة الأطفال في هذه الحالة أمراً طارئاً - Tek away - وهذا يخالف الإيمان بالرسالة، لذا ينبغي الإسهام والتركيز على المعالجات التربوية الملائمة.

فإلى كل أخصائي مؤمن برسالته بدلاً من الاكتفاء بوضع "علامة صح" في تقريرك لرضاء رئيسك - "الطفل يذهب إلى دار رعاية محلية ومطالب الآباء غير معقولة"، وما يؤذي الآباء أكثر، مثل هؤلاء الأخصائيين، فهم لا يفتقرون إلى فهم نظرية العقل للآباء فقط، بل أيضاً يفتقرون إلى التعاطف، ولا يمتلكون مهارات قراءة عقل الطفل، فهو ليس طفلهم، وهم يمارسون مهنة ولا يؤدون رسالة (الإمام، 2010).

فالآباء هم الذين عليهم أن يتكيفوا مع تقطّع النوم لديهم في الليل، ومع نوبات الغضب العنيفة والسلوكيات الغريبة، كما تتضاعف الصعوبة كلما مر الوقت وازدادت الحاجة إلى قضاء وقت طويل حتى تستطيع تغيير الأشياء - حيث سيأتي اليوم الذي تغيب فيه عن توفير الرعاية لطفلك -، وعندما يعاني الآباء من نقص الفهم

والتعاطف، يكون من الصعب تخيل مقدار إحباطهم، فمن الضروري تثقيف الأخصائيين والتوحديين في قراءة عقل الآباء.

> يحتاج الآباء تعلم قراءة نظرية العقل لأبنائهم التوحديين وكذلك على الأقل، أن يكونوا على وعي بأن للتوحديين مشاعر وتفسيرات لما يجري من حولهم قد تكون مختلفة عن الآخرين.

ولدينا الآن تمرين للآباء، فكر بما قد يسمعه الأفراد ذوو التوحد عندما يقول الآباء:

- التوحد أسوأ من السرطان لأن للتوحديين مدى حياة طبيعياً.
- التوحد أسوأ من انفلونزا الخنازير، والإيدز مع بعضهما البعض.
- عندما أخبروني بأن ابني يعاني من التوحد، كنت كأنني أسمع خبر وفاة في العائلة

هل يمكن للآباء أن يفهموا مشاعر طفلهم التوحدي عندما يسمعوا هذه العبارات؟

وقد يجادل أحدهم بأن هذا قد يؤذي الناس الذين يعانون من التوحد عالي الأداء وأسبيرجر، ولكنها مختلفة بالنسبة للتوحديين من ذوي الأداء المنخفض، ومع ذلك، ألا يشعر الأطفال ذوو الأداء المنخفض والذين لا يستطيعون الكلام بالإيذاء من مثل هذا الموقف؟

> قد نؤذي بعض الأطفال ذوي التوحد دون قصد عندما نفكر بأنهم لا يفهمون ما يجري حولهم.

التوحد نوع متطرف من نظرية الدماغ الذكوري:

Autism as an Extreme Version of the Male Brain

وهذه نظرية أغضبت بعض الآباء، وتم الترحيب بها بحماس من قبل البعض الآخر، فالآباء الذين يرغبون بأن يضم العالم الفروق ويتقبل فكرة العادية من اللاعادية، والسوية من اللاسوية، يرون هذه النظرية على أنها مسألة إبراز بتفرد أطفالهم وجدارتهم، وبشكل نمطي، فإن هؤلاء هم آباء الأطفال الذين يعانون من التوحد عالي الأداء وأسبيرجر HFA، وهم يشهدون معاناة أبناءهم ابتداء من التنمر من قبل أقرانهم، وسوء الفهم من معلميهم، وشعر آخرون، وليس بالضرورة أن يكونوا آباء أطفال توحديين من ذوي الأداء المنخفض LFA، بالإهانة وقابلوا (نظرية الذكورة) بعدوانية ظاهرة، فإن هذا يثير القليل من العجب، فبعد كل هذا التناوب الليلي من أجل مراقبة الطفل وهو يتجول في أنحاء البيت، وإبقاء جميع الأبواب مغلقة خوفاً من أن يهرب أو يحدث له مكروه بسبب خروجه العشوائي، والتكيف مع نوبات الغضب وضربات الرأس والتشنج والصراخ، الذي لا يمكن السيطرة عليه، والحساسية تجاه الضوء واللمس والصوت ونقص القدرات اللفظية وغيرها الكثير من التحديات التي يواجهها الآباء يومياً، لا يمكنهم أن يتقبلوا بأن التوحد يمكن النظر إليه على أنه "موهبة" أو "طريقة مختلفة في التفكير".

ويعتبر هؤلاء الآباء هذه النظرية مضللة ومدمرة وخطيرة لأن عامة الناس ـ ممن ليست لديهم خبرة في التوحد ـ يمكن أن يسيئوا تفسيرها، على أنه مجرد مشقة للشخص وللعائلة وأنه يمكن معالجته عن طريق تثقيف المجتمع، وتعديل البيئة لهذا الأسلوب المعرفي الفريد، ويقوم هؤلاء الآباء بافتراضات خاطئة فيما يتعلق بهذه النظرية، وهذه الافتراضات تهدف إلى تفسير الخصائص الشائعة للتوحد، والتي تكون موجودة لدى جميع التوحديين سواء كانوا من ذوي التوحد عالي الأداء، أو اسبيرجر،

أو الأداء المنخفض، ومع ذلك، فهم على حق من حيث أن النتائج قد تكون مدمرة فيما إذا نظر عامة الناس إلى التوحد على أنه شيء جذاب وبارع دون أن يكونوا على وعي بالمشكلات العديدة ذات العلاقة بالتوحد.

التعامل مع الأفراد ذوي التوحد في حاجة إلى عين التفاؤل . . . .

وفي نفس الوقت بحاجة إلى تكاملية النظرة في كل ما يخصه من مسائل .

الفصل السادس
العلاج
Treatments

هناك العديد من العلاجات المتوافرة في ميدان وساحة التوحد، ولم يثبت بعد فيما إذا كان أي منها ناجحاً وفاعلاً لجميع أفراد التوحد، أو يصلح لحالة دون أخرى بدرجة مطلقة؛ ولكن يأتي بعضها بنتائج متميزة، والعديد من الآباء مستعدون لأن يجربوا كل شيء ابتداء من المعالجين الروحانيين Faith Healers مروراً بالعلاج عن طريق الغذاء، والأعشاب الطبية، والوصفات البلدية، وصولاً إلى علاج الطب النفسي Psychiatric، فهم مستعدون لعمل أي شيء، ويتعلقون به آملين تحقيق الأمل بالشفاء، كما يتمنون ويرجون ويتطلعون من أجل أن يجدوا العلاج المناسب لطفلهم.

تواجه الدول التي لا تزال تحبو نحو التخصصية في التربية الخاصة، العديد من الصعوبات في تحديد المفاهيم، وإبراز التصنيفات، ومواءمة الخصائص والمؤشرات، وصياغة ما في الميدان من مشكلات، للبحث عن استراتيجيات وحلول للمواجهات المتشابكة والمعقدة، وقلة الأدوات الفاعلة في عمليات التشخيص، بالإضافة إلى قلة المعلومات وقد تكون من أبرز الصعوبات نحو تحديد المظاهر لمختلف الأطفال مع تباين الفئات والسلوكيات، وبذلك هناك سوء فهم وسوء علاج، وقد يذهب الآباء لأي معالج روحي يدعي أنه يستطيع إخراج "الروح الشريرة" An Evil Spirit التي تعيش في جسد الطفل، وفي بعض الأحيان، قد ينتهي هذا العلاج بشكل مأساوي، ويذكر هنا أنه قد أصيب طفل بنوبة صرع وسقط في الطريق العام، اجتمع الناس حوله لإنقاذه من السيارات المارة، وإذا بأحد المدعين المعرفة، يقول لهم: اتركوه ده شخص ركبه جان، انهال عليه بالضرب لإخراج الجان، وإذا بالطفل يفقد الحياة.

ويرغب بعض الآباء كما يقول فلانجان (Flangon, 2001) في تحرير طفلهم من هذا الشر Evil ـ التوحد ـ، ويكون هدفهم جعل أبنائهم فاعلين ومستقلين بقدر الإمكان، ويستخدمون أية أدوات ـ مهما كانت درجة منطقيتها ـ، من أجل تحقيق هذا الهدف. ويهدف آخرون إلى الاطمئنان على سعادة طفلهم، وفي نفس الوقت، لا يقومون بتغييره، ويكون هناك تحدٍ في الموازنة ما بين تقبل ما هو عليه الطفل، وتقدير قدراته المختلفة مع إعطائه المهارات التي تمكنه من الأداء بدرجة مقبولة.

من أقوالهم:

• إيفانز (Evans, 1999)

> نحن نريد أن يكون أبناؤنا سعداء، وأن يكون لديهم إنجاز Achieve وأن يتعاملوا كبالغين دون إيذاء أنفسهم أو إيذاء أي شخص آخر، وليس من السهل تقبل هذا على أنه حقيقة واقعة وأمر مُسلم به، فنحن نقضي الليالي في السهر قلقاً، لأننا نعرف أن هناك احتمال عدم وجود شخص يرعى طفلنا التوحدي عندما نموت، واحتمال أنهم لن يعثروا أبداً على الحب من أي شخص خارج نطاق عائلتهم.

• ريفا (Riva, 1999)

> أقضي الآن كل يوم وأنا أحاول أن أجعل الحياة أسهل بالنسبة لبريان ـ ابنها ـ وفي تطوير استراتيجيات تجعله قادراً على التكيف، والتأكد من أنه يحصل على التعليم الصحيح لكي يطور مهاراته في الحياة، مع أنني على يقين بأن بريان سوف يكون غير قادر على العيش بشكل مستقل، وسوف أحاول أن أعطيه كل المساعدة التي في وسعي، من أجل جعله مستقلاً بقدر الإمكان، إنه حياتي، وأنا أحبه بلا شروط مما يعني في عقلي تقبلاً كاملاً له في وضع مهما كان.

ومن هذا المنطلق، وبدرجة عالية من التفاؤل، وعلى أمل تحقيق التحسن يتجولون بين وسائل وطرق عديدة، وإن اختلفت السبل إلى تحقيق الهدف الذي يسعون إليه، مهما كانت المشقة، فالتباين واضح، ويمكن عرضه بإيجاز على النحو التالي:

الحمية الغذائية Diets:



تبين لبعض الآباء تحسن لا بأس به، عندما فرضوا على أبنائهم حمية غذائية خالية من الجلوتين/ والكازيين Gluten - Free \ Casein- Free Diets: ووصل هذا التحسن إلى حد (الشفاء الكامل من التوحد) ورأى بعض الآباء التغير والتحسن خلال عدة أيام (Moynahan, 1999).

وفي مواقف واقعية، ذكرتها موينهان Moynahan بأن إحدى الأمهات: قالت لها: مكثت خمسة أيام دون استخدام منتجات الألبان؛ وكانت النتيجة مؤثرة، ونجحت المؤشرات، حيث بدأ لويس Loius بالنظر إلى أفراد الأسرة، وبدأ بالضحك والمناغاة؛ ومرت الأيام والأسابيع؛ وببلوغ شهرين تم إعادة فحص لويس، وكانت المفاجأة، عندما ذكر لها الفاحص بأن مؤشرات التوحد التي كانت على ابنها قد اختفت.

ونقلت موينهان هذا الموقف لإحدى الأمهات، وأكدت على اتباع حمية غذائية خالية من الجلوتين والكازيين، ومع حلول اليوم الرابع من الوصفة، اتصلت بها الأم تلفونياً وبشرتها بأن سلوك ابنها أفضل مما كان قبل عدة أشهر، وبدأ وكأنه يخرج من صدفة التوحد Autistic Shell ـ صدفة يقبع الفرد في داخلها ـ؛ وبعد مرور يومين

من نفس الأسبوع، وعندما كان له موعد مع الطبيبة، كان ابنها يتصرف مثل أقرانه، فاندهشت الطبيبة واستغربت واستفسرت من الأم عما حدث، فحكت لها ما فعلته، فقالت الطبيبة سنجد مشكلة الآن في تصنيفه على أنه من ذوي التوحد، وبينت موبناهان أن الأمهات اللواتي قمن بإبعاد الحليب عن أبنائهن، تحسنت أحوالهم، واختفت الشواذ من سلوكاتهم، وأصبح من الصعب وضعهم في تصنيف الأشخاص ذوي التوحد، بل أكد البعض على أنهم أشخاص طبيعيون.

وهنا يتوقف المؤلفان بدعوة إلى التأني في اتباع ذلك، حتى لا يصاب البعض بخيبة أمل مريرة، إذا كانت هذه النتائج "المعجزة" لا تحصل فقط بعد أيام قليلة؛ ولكن بعد عدة أشهر، على الرغم من أن بعض الآباء أقروا بالتغيرات الإيجابية في أشهر قليلة، من خلال ملاحظة سلوكيات "طبيعية أكثر" تحدث على الفور، وأيضاً بمرور الطفل في مرحلة انسحاب ويبدو أنه يتألم مثل مدمني المخدرات لمدة ساعات أو أيام، ثم يبدأ التحسن بالظهور.

وانطلاقاً من استخدام هذه الحمية، فقد تم تأسيس جمعية خيرية يديرها آباء أطفال يعانون من " التوحد الناجم عن الحساسية" في بريطانيا، وهي تزود الآباء بمعلومات عن الحمية الغذائية.

www.k.essick.demon.co.uk/aia.htm

ومن هنا يمكن القول، إن ما تم ذكره صحيح بدرجة عالية، لوجود فروق داخل كل شخص منا، تظهر أحياناً وأحياناً أخرى لا تظهر، وقد يعزى ذلك إلى عوامل عديدة متداخلة لا يمكن فصلها، أو التعامل مع أحدها دون الآخر، فحالة الفرد متصلة على الدوام، ومرتبطة بالمتغيرات النفسية والبيئية والاجتماعية والانفعالية والغذائية والاقتصادية والأحداث المحيطة، فأي من هذه قد تؤثر تأثيراً بالغاً في حالة

الفرد، وفي هذا الأثناء قد يتعرض للفحص والاختبار، فتبرز نتائج واقعية بواقع الحال والحالة، والوقت الذي تم فيه الفحص والاختبار.

لذا فمزيد من العمل والاقتراب والاجتهاد والصبر والمثابرة مع الأفراد ذوي التوحد مهما كانت حالاتهم، يؤدي دائماً إلى النتائج المرغوبة، التي من أجلها تصمم وتنفذ الأعمال والبرامج. ..... فالإنسان بإخلاص لشيء، ما يحققه (الإمام، 2010).

العلاج النفسي الديناميكي Psychodynamic Therapy:

بما أن التوحد قد يسبب الكثير من المشكلات العقلية والعاطفية للمربين، فقد يتم تحويل الآباء مع أبنائهم إلى محلل نفسي للحصول على علاج نفسي وديناميكي، ويعاني العديد من الآباء من تقدير متدن للذات Low Self Esteem، وقد يلقون باللوم على أنفسهم بأنهم السبب في تصرفات أطفالهم وفي عجزهم عن تغييرهم، ولقد تم استثمار هذا من قبل بعض المعالجين النفسيين، ويمكن تحقيق نفس الأهداف عن طريق الإرشاد والتدريب الذي سيوفر توضيحاً للسبب الذي يدفع الطفل القيام بهذا، وكيف يمكنهم مساعدة طفلهم ومعالجة السلوكيات المتحدية والأفكار المتعلقة بكيفية التكيف مع الإجهاد الناجم عن التعامل مع طفل يعاني من التوحد، وبشكل محدد لدى كل عائلة، ويجب أن يكون المرشد / المعالج على اطلاع بالتوحد ومستجداته، ومستعداً للإصغاء لهموم الآباء.

التدريب على التكامل السمعي:

Auditory Integration Training (AIT)

تهدف هذه الطريقة كما ذكر في (الإمام والجوالده 2010 ـ د) إلى "إعادة تدريب" الأذن لتخفيف فرط الحساسية نحو الأصوات، وهناك نمطان من التدريب على التكامل السمعي:

- طريقة توماتيس. Tomatis Method
- طريقة بيرارد. Berard Mathod

ويشمل إجراء التدريب على التكامل السمعي:

- اختبار قياس قوة السمع لمعرفة فيما إذا كان الشخص يعاني من "ذروة سمعية" يمكن تخفيضها أو إزالتها عن طريق AIT.
- تصفية الأصوات عند ذبذبة معينة ومختارة حسب سمع الفرد؛ وعندما تكون هناك صعوبة في الحصول على تخطيط سمعي دقيق، يستخدم جهاز التعديل الأساسي دون تصفيات معينة.
- التعديل الموسيقي عن طريق تخفيف وإثراء الناتج الموسيقي الثلاثي بشكل متبادل وعلى أساس عشوائي، وتستمر كل جلسة لمدة 30 دقيقة بواقع جلستين في اليوم ولمدة 10 أيام.
- هناك قياس آخر لقوة سمع الشخص بعد مرور خمسة أيام لمعرفة فيما إذا كانت الذروة السمعية لا تزال موجودة، وفيما إذا كان هناك حاجة لتعديل التصفية، وإذا ما كان الشخص يعاني من مشكلات نطق ومشكلات لغوية، وبعد مرور نصف الجلسات يتم تخفيف مستوى الحجم بالنسبة للأذن اليسرى لتحفيز التطور اللغوي في نصف الدماغ الأيسر.

وبعد إجراء التدريب على التكامل السمعي يدرك الفرد جميع الذبذبات جيداً وبشكل متساو، كما يجب أن لا يكون لديه "ذروة سمعية"، ولقد تبين أن كلا الطريقتين - توماتيس وبيرارد - مفيدتان في علاج فرط الحساسية في السمع، كما تم استخدامهما مع أشخاص يعانون من التوحد، عسر القراءة، إعاقات تطورية وفكرية،

فرط النشاط وغيرها، ولقد تم نشر بعض القصص الناجحة بشكل واسع، ولكن في العديد من الحالات كان التحسن قصير العمر.

وفي هذا الإطار ذكرت أنبي ستيهلي - أم لطفلة توحدية - (Annabel Stehli,1999)، أن التدريب على التكامل السمعي، لاقى انتباهاً واهتماماً عظيمين، وتصف ستيهلي النتائج المتميزة لـ AIT على طفلتها التوحدية - جورجينا - والتي قضت أول 11 عاماً من حياتها في مدارس ومؤسسات خاصة، ولكنها شفيت بسرعة من التوحد بعد تدريبها عن طريق AIT، ولقد أخذ مئات الآباء الذين ألهمتهم هذه القصة أطفالهم إلى مراكز AIT.

ويجلب AIT تحسناً لعديد من التوحديين الذين يعانون من فرط الحساسية السمعية، ولكنه لا يعتبر علاجاً للتوحد، وفي تلك الحالات التي يكون فيها فرط الحساسية السمعية ناتجاً عن تعويض قنوات حسية أخرى مصابة بشكل كبير - مثل الإبصار - يكون العلاج قصير الأمد، وهذا لا يحتم انفرادية ذلك بالعلاج، وإنما التنويه بأن ذلك وسيلة قد تؤثر في البعض، وقد لا تؤثر في الآخر.

الخيارات (شروق الشمس) (Options(Son -Rise:

وهو برنامج علاجي بيتي تم تطويره من قبل باري وكوفمان (Barry & Kufman ,1986) استناداً على جملة من الخبرات مع الأطفال الذين يعانون من التوحد؛ والغرض من هذا البرنامج هو تلبية رغبة الوالدين في البحث عن استراتيجيات للتعامل مع طفلهما، فبعض الآباء لا يحبون أسلوب الخيارات حيث إنهم لا يشعرون بأنهم هم أصحاب القرار أي المتحكمون فيما يخص ابنهم، فاستراتيجية التقليد، وخلق لغة مشتركة وتشجيع الطفل على التقليد، وتقليد الوالدين لطفلهم؛ قد يجلب نتائج فورية ومتميزة، والعديد من الآباء يتقدمون إلى نواح أخرى من العلاج، والتي تمكنهم من تعليم أطفالهم مهارات ضرورية.

الوقت المخصص للعب مع الأطفال الفلورتايم Floor Time:



قام ستانلي جرينسبان، ووايدر، وسيمون (Greenspan,Wieder & Simons,1998) بتطوير مفهوم الزمن المكرس للعب مع الأطفال: وهو الوقت الذي ينضم فيه الأخصائي لعالم الطفل - يتطفل بطفولته - عن طريق تقليد نشاطاته وتسليم القيادة للطفل، وأن يعي الأخصائي بأن الهدف الرئيس هو وضع كل الأساليب والاستراتيجيات لجذب كيان الطفل له، أي أن يصبح الطفل جزءاً من طاقة الأخصائي، ويحاول الأخصائي جذب الطفل إلى عالمه عن طريق خلق تفاعلات (فتح و إغلاق دوائر الاتصال) وعن طريق بدء هذا الارتباط المتبادل والمشترك، ويقوم الأخصائي والطفل بتبادل الأدوار وتفسير سلوكيات الطفل التي تبدو بلا معنى كما لو أن لها معنى، والنتيجة المرجوة من هذا التدخل خلق اتصال مستمر ذي اتجاهين يقود بعد ذلك إلى تطوير مهارات الطفل الاجتماعية والمعرفية.

وقد بينت باتريشيا ستاسي - وهي والدة طفل توحدي - (Patricia Stacey,2004) نجاح العلاج "بالفلور تايم" - إذا ما بدء في وقت مبكر - مع ابنها والكر البالغ من العمر عاماً ونصف، عندما بدأت أعراض التوحد تظهر عليه، وتصف ستاسي وبشكل

مثير جهود عائلتها في التواصل مع الطفل، ونقدها مع الطبيب المتخصص، وجلسات الفلورتايم - 20 - 30 دقيقة لكل جلسة - بواقع (8 - 10 مرات في اليوم).

لقد كان الفلور تايم بالنسبة لستاسي، تحدياً، لعبة، إجازة، حكماً بالسجن، ـ قبل كيفما شئت فإنها اعتبرت نفسها جيمسة جدران وأرادت الانطلاق بابنها في الفضاء الواسع، حيث العلاج بأي وسيلة - وتقول: «كيف يمكنني بأنه عليكم أن أقوم بـ 8 - 10 جلسات في اليوم؟، علاوة على الاعتناء بطفلتي اليزبيث البالغة من العمر 5 أعوام، وأقوم بالأعمال المنزلية، وفجأة أصبحت المشكلة لا تتعلق بـ لكر وما يستطيعه القيام به وما لا يستطيع، بل هي مشكلتي أنا وطاقاتي الإنسانية»، وتصف ستاسي بعض الانتصارات والانتكاسات في حياة والعكر المبكرة وأثر مشكلاته وكمية الوقت والجهد المبذول، وتأثير ذلك كله على حياتها الزوجية، ولقد تم شفاؤه في وقت مبكر، وعندما بلغ الرابعة من العمر، وعند الفحص والاختبار والتشخيص لحالة وانكر، تبين أنه قد شفي تماماً من التوحد، وهو اليوم يذهب إلى المدرسة ويتمتع بذكاء وحس ونادراً ما يعاني من لحظات منفلتة.

تحليل السلوك التطبيقي:

Applied Behavioural Analysis (ABA)

يُطلق على هذا الأسلوب أحياناً "طريقة لوفاس" وهي تركز بشكل رئيس على التدخل المبكر (سنوات ما قبل المدرسة)، وكان إيفار لوفاس Ivar Lovaas رائداً في التدخل السلوكي للأطفال التوحديين في الستينيات، وترتكز المبادئ الأساسية لـ ABA على التعلم الشرطي Operant Conditioning لمحكثر وسحاولات سلوكية منفصلة Behavioural Discrete Trials، وتشمل الطريقة تدريبات متكررة ومكثفة ومنظمة بشكل عال، ويتم إعطاء الطفل من خلالها أمراً ثم تتم مكافأته في كل مرة يستجيب فيها بشكل صحيح، وتبدأ برامج المحاولات السلوكية المنفصلة بتحقيق الأوامر السلوكية المرغوب فيها أي الامتثال العام لتحقيق أهداف التدريب.

والتدريب لجعل الطفل يجلس على كرسي ويقوم بالتواصل البصري وتقليد سلوك غير لفظي في استجابة لأوامر لفظية، كما يتم تعليمه على أنه سلوك لفظي عبر التقليد اللفظي الذي يتبع أوامر مؤلفة من خطوة واحدة: تمييز تقبلي للأشياء والصور، وتصنيف تعبيري في استجابة لأسئلة مطروحة.

وقد ثبت أن أسلوب المحاولات السلوكية المنفصلة كان محدوداً وأقل فاعلية، فاللغة التي يتم التدرب عليها خلال المحاولة المنفصلة لا يتم تعميمها على بيئات أخرى. ويستهدف هذا التدريب إيجاد مصطلحات لغوية مشتركة بين الطفل وبيئته، وبتكرار هذه المصطلحات يتمكن الطفل من استخدامها بشكل تلقائي.

وهذا البرنامج بيتي مكثف (40 ساعة أسبوعياً) يتبع أسلوب تدريب محاولات الاتصال بين اثنين، ويشترك الآباء وغيرهم من المساعدين البالغين في توصيل البرنامج الذي يتألف من عدة مراحل هي:

- العام الأول: يركز البرنامج على تخفيف الإثارة الذاتية Self- Stimulation أو السلوك العدواني Aggressive Behaviour وتطوير الامتثال وتشجيع التقليد واللعب.
- العام الثاني: تركيز أكثر على اللغة التعبيرية واللعب التفاعلي.
- العام الثالث: ينتقل التركيز على التعبير الانفعالي Expression Emotional في المهام ما قبل الأكاديمية والتعليم عبر الملاحظة.

ويتم الاهتمام بالسلوكيات غير المرغوبة عن طريق استخدام استراتيجيات مثل تجاهل وقت الاستراحة واستخدام أشكال تثقيفية غير محببة حيث يمكن أن يقوم - المهتم بالسلوك غير المرغوب - بتقليد أشكال غير محببة للطفل كي ينفره منها في حال قيامه بهذا السلوك. ويوصي لوفاس بأن يبدأ التدخل المبكر في أسرع وقت ممكن، ومن الأفضل أن يبدأ ما قبل سن الرابعة، ويتنفيذ البرنامج على مدار أربعين

ساعة مكثفة أسبوعياً، أمكن التوصل إلى أن 47% من الأطفال حققوا أداءً تربوياً وفكرياً واضحاً وانضموا بنجاح إلى صفوف معيارية (Lovaas, 1987).

ويظهر تحليل الدراسة كما يذكر جوردن (Jordan et al, 1998) ان هذه النتائج تبين آثار التدريب المكثف وليس العلاج نفسه، وكأنه يؤكد على أن التوحد حالة وليس مرضاً، فالحالة قابلة للتحسن بالتدريبات والبرامج الإرشادية والسلوكية والتربوية، أما المرض فهو قابل للشفاء بالمتابعة والعلاج، بالإضافة لذلك، فإن السلوكيات التي يتم تعلمها في جلسة واحدة لا يمكن غالباً نقلها وبسهولة إلى أوضاع أخرى.

تدعي بعض المنظمات - مثل رابطة العلوم لعلاج التوحد - (Association (ASAT For Science In Autism Treatment بأن ABA هو العلاج الوحيد الصحيح علمياً للتوحد، ويحدد الدكتور ريملاند (Rimland, 1999)، الذي يدعم ABA هذا الموقف على أنه لا يمكن الدفاع عنه لأنه يعطي وجهة نظر مشتتة لما هو عليه العالم بالإضافة للرغبة في تجاهل جميع الأدلة ذات العلاقة وبعض الآباء ممن يفتقرون إلى المعرفة بالأبحاث التي أجريت حول صدق التدخلات الأخرى يتبعون الأخصائيين الذين يقولون بأن ABA هو الوسيلة الوحيدة، ونتيجة لذلك، لا يأخذون بعين الاعتبار العلاجات الممكنة الأخرى والتي يمكن أن تجلب تحسناً لا بأس به مع بذل جهد أقل ونتائج سلبية أقل بالنسبة للطفل، والآباء من أنصار ABA - كعلاج وحيد للتوحد - لا يشكلون أغلبية ولكن، بما أنهم يمتلكون صوتاً عالياً في حملتهم، فإن وجهات نظرهم معروفة بشكل واسع.

ومع ذلك، فإن حجم هذا الصوت لا يضيف بالضرورة إلى معقولية إطلاق أن ABA هو الأسلوب الوحيد الذي تم إثبات فعاليته علمياً وهو ضروري طبياً، وهم يرتكزون في فلسفتهم على افتراض أن التوحد هو حالة طبية يمكن مقارنته مع السرطان، وأن ABA يكافئ العلاج الكيماوي، والاستنتاج الذي نصل إليه من خلال ذلك هو إما أن يكون

الأطفال التوحديون قد تم علاجهم بنجاح عن طريق هذا العلاج الوحيد الذي تم إثباته علمياً والضروري طبياً والذي يشبه العلاج الكيماوي والذي يعتبر ضرورياً طبياً لعلاج السرطان، أو أن هؤلاء الأفراد مقدر لهم أن يعيشوا حياتهم في المؤسسات.

ومع ذلك، إذا كان التوحد يعد مرضاً خطيراً يمكن مقارنته مع السرطان، لماذا إذن نعالجه بالأساليب السلوكية؟ نعم لا يوجد من يقترح بأن السرطان يمكن علاجه عن طريق ABA، ولكن يوجد من يدعم التعامل مع الأطفال ذوي التوحد باتباع ABA وهؤلاء التوحديون الذين يعارضون ABA يتم تشجيعهم من قبل داعمي الآباء في علاج الأطفال على أنهم غير توحديين، أو غير توحديين بشكل كاف، ويهتم رفض الجدل دون أية اعتبارات، وتظهر المشكلة عندما يعطي آباء لأطفال توحديين آخرين أصواتهم للحركة المناهضة لـ ABA.

والذين يتحسن أطفالهم - الذين يعانون من التوحد عالي الأداء HFA والتوحد متدني الأداء LFA - عبر علاجات مختلفة عن ABA، هل يعني هذا أن أبناءهم أيضاً غير توحديين أم أن هؤلاء الآباء لا يحبون أطفالهم بالشكل الكافي ليدفعهم إلى تطبيق هذا العلاج الوحيد المثبت علمياً والضروري طبياً؟.

وبناءً على البيانات الإحصائية التي بينت أن 53٪ من الأطفال تأذوا من الـ ABA، قامت العائلات التي تأذى أطفالها بشدة من علاج الـ ABA بتأسيس منظمة تدعى CIBRA منظمة الدفاع عن الأطفال الذين تأذوا من العلاج باستخدام تحليل السلوك التطبيقي Children Injured By Restraint and Aversives، ومهمتها توفير شبكة دعم وطنية وعالمية للآباء الذين تأذى أطفالهم أو أصيبوا أو حتى قتلوا بسبب ABA - بما فيهم الأطفال البالغون -، هم يرغبون في نشر الوعي العام حول المخاطر المتضمنة في العلاج، وعلى المواقع الإلكترونية، يتشارك الآباء في خبراتهم ويعطون الدعم والنصيحة لهؤلاء الذين يحتاجونها.

وهناك قصص عديدة عن أطفال تراجعوا خلال فترة العلاج، وهم يصنفون أطفالهم الذين تحطمت ثقتهم الأساسية وانتهى بهم الأمر إلى تجنب الناس، وهناك ولد لا يستطيع حتى أن يقترب من أية مواد تربوية دون أن تصيبه نوبات هلع شديدة حيث استخدمت هذه المواد في البرنامج السلوكي، وفي رسالة مفتوحة لعائلات لعتبر العلاج السلوكي المكثف لأطفالهم التوحديين (CIBRA) فإنهم يحذرون العائلات الأخرى من المخاطر المحتملة ويسردون قصصاً شخصية لتوضيح مخاوفهم، فعلى سبيل المثال:

- البعض يرى أن النتائج الأكثر خطراً للفلسفات التوجيهية للسلوك هي العنف تجاه قداسة حقوق الفرد في حماية نفسه، وهذا ما يدمر طفلنا؛ إنه يحرمه من حقه الأساسي في الدفاع عن نفسه ضد أي قلق غير محتمل، لقد احتاج إلى الخروج من حالة لا يستطيع فهمها أو تحملها، لقد كان ممنوعاً بشكل إجباري، وتم إخبارهم كل ما نطلبه منه أن يجلس في مقعده، ولا نعترف بعالمه، ونعامله كما لو أنه غير موجود، ويتم تجاهل صرخاته طلباً للمساعدة، أي يؤدي إلى ما يسمى بالانقراض Extinction وهذا مصطلح يشير إلى الإهمال التام لصرخات الطفل دون تمييز هذه الصرخات أهي للمساعدة أم للنجاة؟ وإذا انطفأ السلوك فيعزى هذا الانطفاء إلى إحساس الطفل بالأمان والاطمئنان وقدرته على تنظيم نظامه الانفعالي وفهمه للسلوك الأخلاقي (CBRA, 2004).
- ويعتبر آباء آخرون أن ABA يمكن أن يكون مدمراً بشكل خاص لتطور طفلهم الانفعالي عندما نستخدم العناق والقبلات – وهي إيماءات تستخدم بشكل طبيعي للتعبير عن العاطفة والحب – بشكل إجرائي، وعندما يكون مطلوباً من الطفل أن يمنح هذه الإيماءات وأن يتلقاها كجزء من التدريب دون اعتبار لمشاعرهم الحقيقية، أما بالنسبة لإزالة سلوك مستهدف عن طريق الاستجابة له بطريقة محبطة أو عدم الاستجابة أبداً، فقد يتعلم الطفل أن عليه

إخفاء مشاعر الألم، وأن لا ينشد الراحة عندما يتأذى، لأن سلوك الطفل المستهدف قد يكون وسيلته لتوصيل الضيق الذي يشعر به، وتشارك مجموعة CIBRA مخاوفهم وخبراتهم بالعلاج على أمل تجنيب الآخرين الألم الذي عانت منه هذه العائلات: هل وجهة النظر هذه صحيحة؟ أم أنهم كانوا غير محظوظين فقط؟ أم أن أطفالهم ليسوا توحديين؟ أم أنهم لا يحبون أطفالهم بشكل كاف؟ هل من السهل رفض وجهات نظر الآخرين والإصرار على أنك أنت الوحيد الذي على حق؟.

- ويكمل الآباء يستخدمون الأساليب السلوكية مع أطفالهم التوحديين وغير التوحديين، ولا يوجد هناك خطأ في هذا ولكن الإصرار، على أن ABA هو العلاج الوحيد، فإن هذا هو الخطأ، ويجب أن يكون الأسلوب السليم لـ ABA علاجاً تكاملياً لأساليب أخرى تعالج كل مشاكل الطفل مثل الحمية الغذائية التي لا يحتملها، أو حمية حسية لمشكلات المعالجة الحسية.
- تذكر ريفا (Riva, 1999)، أن بعض الأطفال ـ الذين انضموا لبرنامج ABA ـ يذهبون إلى مدارس عادية ويتقنون مجموعة من المهارات المهمة في مجالاتهم، ومع ذلك، تختفي هذه المهارات أحياناً في المدرسة، ولا يصدق المعلمون أن هذا الطفل قادر على القيام بما يقول والداه أنه قادر على القيام به، وبذلك، على المعلمين أن يبدأوا بتعليم نفس المهارات مرة أخرى، منذ البداية، وعندما يعود الأطفال من غرفة العلاج وقد حصلوا على تدريب فردي إلى العالم الواقعي، تكون المفاجأة أنهم يعودون توحديين مرة أخرى، هذا على حد قول المعلمين.
- والقليل من الآباء، يستخدمون أحياناً أساليب قاسية جداً لإنجاز نتائج جيدة، وبشكل لا يثير العجب، فإن هذه الأساليب فعالة ـ مثل الحرمان من الطعام والضرب ـ، وقد يكون الطفل مجبراً على "ترك صدفة التوحد"

Autistic Shell ، للمشاركة في العالم الواقعي، وفي النهاية؛ يصبح هناك اعتقاد بأن هذا النوع من العلاج قد أفاد الطفل، فالغاية تبرر الوسيلة.

- ويحاول البعض الآخر أن يطور الـ ABA وأن يجعلوا طفلهم صديقاً للتوحد، ويرفض هؤلاء الآباء اتباع وصفات صارمة للعلاج إذ رأوا أن هذا يحبط طفلهم، ــ وأشارت إحدى الأمهات بشكل مجازي إلى الباب، عندما أمسر أحد مستشاري ABA على اتباع إجراءات هذا الأسلوب حرفياً ــ، أي أن الآباء يرفضون روتينية الـ ABA ويتقبلون مرونته بما يتواءم مع حالات أطفالهم.
- ويستخدم الآباء الأساليب السلوكية مع جميع الأطفال ـ سواء كانوا توحديين أو غير توحديين ـ، وعبر جميع الآباء عن أن مسؤوليتهم تكمن في تعليم أبنائهم مهارات معينة لكي يستطيعوا الأداء في الحياة، ولكن وضع ABA على قاعدة أنه الوسيلة الوحيدة لتعليم التوحديين لا يبدو معقولاً.

وتقر بعض الأمهات على أن جميع المهارات التي طورها أطفالهن التوحديون لا يمكن اكتسابها دون هذا العلاج، ومن هذه العبارة، ينبثق سؤال: كيف تعرفون أن العلاجات الأخرى لن تجلب نفس النتائج أو أفضل، مع احتمال بذل جهود أقل؟ لقد اعترفت إحدى الأمهات أنهم عندما وضعوا ابنتها في المستشفى، واستخدموا أسلوباً سلوكياً في محاولة لجعلها تأكل؛ كان الأمر يسير بقسوة ولكنه كان فعالاً، لماذا نستخدم الأساليب السلوكية لمعالجة المشكلات الحسية ومشكلات التذوق أو أي من المشكلات الأخرى التي يمكن معالجتها والتي يمكن أن تكون نمطية لدى الأطفال التوحديين؟

وكل ما سبق مثير للنقاش ومتعة الحوار للذين يريدون أن يبحروا في سبر أغوار ذوي التوحد ليعيشوا معهم ويعايشوهم، فما أجمل من أن تفهم الآخر.

تيتش TEACCH :

Treatment And Education Of Autistic And Related Communication Children Handicapped



تم تأسيس TEACCH (علاج وتعليم الأطفال التوحديين والمعاقين اتصالياً) في جامعة نورث كارولينا University Of North Carolina عام 1972، وهو أسلوب منظم يرتكز على تعلم بصري وتخطيط للبيئة والزمن والأنشطة لتكون مفتاحاً للسلوك.

وهذا البرنامج شائع ومصمم للأطفال والبالغين التوحديين وغيرهم ممن يعانون من إعاقات في التواصل ذات علاقة، ويتمثل الهدف الرئيس للبرنامج توفير استمرارية في تقديم الخدمات طوال حياة الفرد.

وتتركز فلسفة البرنامج على معرفة أن المتوحدين يدركون العالم بشكل مختلف ويستخدمون أساليب تفكير مختلفة ولذلك فهم يمتلكون نمطاً مختلفاً من التفكير.

ويشبه هذا البرنامج ABA برنامج الـ TEACCH من حيث أنه يطبق أساليب سلوكية، ومع ذلك، هناك فروق مهمة ما بين هذين البرنامجين:

1. الفلسفة الأساسية التي بنيت عليها أساليب ABA تكمن في أن الحالة الطبيعية ممكنة لأن جميع المهارات يمكن تعلمها. وعلى العكس من ذلك، فإن TEACCH يركز على أن هناك صعوبات معينة (مثل الاستيعاب اللغوي) تبقى مدى الحياة؛ وبذلك يجب أن يكون التركيز على المهارات الوظيفية (الاتصال غير اللفظي والمهارات الذاتية والمهنية).
2. ولا يشبه TEACCH طريقة لوفاس من حيث أنه أقل كثافة، وينظر إليه على أنه تعلم يستمر طوال العمر من المهد إلى اللحد From The Cradle To The Grave.

أحب بعض الآباء فكرة TEACCH ولكنهم يرون عيوبها أيضاً. فعلى سبيل المثال، هناك محطات العمل - التي يفضلونها لتعليم أطفالهم في محيط مختلف وأوضاع مختلفة من أجل مساعدتهم على التعميم، وهم واقعيون ويعرفون أن عليهم أن يعدوا أبناءهم من أجل مساعدتهم على العيش في العالم الخارجي، حيث من الممكن دائماً إيجاد تكييف بيئي لكل فرد، كما أنهم يرغبون في تجهيز أطفالهم للعيش في المجتمع، ويرون أن هدفهم هو رؤية طفلهم يتكيف مع العالم من حوله، بدلاً من التوقعات غير الواقعية بأن يتكيف العالم مع طفلهم.

هل هناك علاج شافٍ من التوحد؟ Is There a Cure for Autism?

بعض الآباء يعتقدون أنه من الممكن الشفاء من التوحد، وينظمون حملات تطوعية بجمع النقود، ليتمكنوا من الحصول على العلاج المعجزة، الذي سمعوا بأنه

يشفى من التوحد، ويجدون معارضة شديدة من رافضي الفكرة برمتها، لأنهم يؤمنون بأنه لا يوجد شفاء للتوحد، فهم على وعي كامل بحالات أطفالهم، ويعرفون أنه من الممكن مساعدة أطفالهم على التحسن، حتى وإن وصل التحسن لأبعد مدى - لدرجة لا يمكن تمييزهم عن أقرانهم -، ولكنهم لا ينظرون إلى ذلك على أنه "شفاء من التوحد".

وفي هذا الصدد تقول ريفا (Riva,1999):

> إن ابنها بريان لن يشفى، فهو ليس مريضاً وغير مصاب بسرطان، ولن يتم علاجه ليشفى، ولا يجب أن يشفى، إنه محبوب بشكل كلي وغير مشروط بغض النظر عن الحالة التي هو عليها الآن.

بريان شاب يعاني من التوحد، نعم، إن هذا الوضع صعب بالنسبة له، وهو يشكل صراعاً يومياً للأسرة، ولكن هذا هو الوضع - ليس في الإمكان أبدع مما كان -، لذلك توقفت منذ سنوات عن محاولة إلقاء اللوم على أحد أو على أي شيء لمعاناة ابنها من التوحد، كما توقفت عن انتظار المعجزة لشفائه، - فقد انتهى عصر المعجزات - فنحن نعيش يوماً بعد يوم نتقبل ونتطور ونعمل على مساعدة بريان وهو يتقدم بشكل جيد في المدرسة، ويتعلم مهارات العيش، ويتعلم كيف يعيش، ويتكيف مع التوحد.

وبعض الآباء - ممن كانوا تحت ضغط هائل وهم يحاولون أن يتكيفوا مع أطفالهم ويحافظوا على حياتهم الأسرية -، يشعرون بأن عليهم جمع النقود من أجل الحصول على علاج ناجع للشفاء، وفي بداية أي علاج، قد يرون أن طفلهم يتحسن مما يؤكد على إيمانهم بهذا الأسلوب المعين، ومع ذلك، قد يقال هذا عن أي علاج، وتكمن الأسباب فيما يلي:

1. **الإشراف الفردي والعلاج المكثف:** يمكن أن يساعد أي طفل على أن يتحسن، مهما كان الأسلوب المستخدم، فمن يتعرض إلى ساعات تدريبية تتراوح ما بين 5 - 6 ساعات يومياً، لا بد، وأن يتحرك المؤشر نحو التحسن

مهما كانت الحالة، وسوف يكون الأمر غريباً إذا ما أنتج العمل الثابت والمستمر والمهني على الأقل بعض النتائج المفيدة مهما كان الأسلوب.

2. **المشاركة الأسرية**: عندما يكون الآباء مشتركين بشكل فعال في علاج طفلهم، فمن المحتمل أن يحصلوا على نتائج مفيدة، وهذا ما يطلق عليه " أثر الهالة ' Halo Effects بسبب توقعاتهم، قد يلاحظ الآباء نتائج إيجابية في الوقت الذي قد يلاحظونه في مجال آخر.

3. **شخصية الأخصائي**: هناك عامل آخر ومهم وهو شخصية المعالج أو المعلم، فعلى سبيل المثال، فإن تمبل جراندن (Grandin, 1996): لا يمكننا أن نركز بشكل كاف على أهمية المعلم الجيد، فالمعلم الجيد جدير بأن يوزن بالذهب، فبعض المعلمين لديهم الرغبة والموهبة في العمل مع التوحديين وبعضهم الآخر لا يمتلكونها.

لقد بينت كثير من دراسات الحالة تحسن لا بأس به أو شفاء كامل، فيما يتعلق بجميع الأساليب، ومع أن هذه الحالات قصصية، فليس من الغريب أن يجدها الآباء ملهمة ويكونوا متشوقين لتجريبها، والسؤال الحقيقي هو: ما هو الأسلوب الأفضل لهذا الطفل؟.

إن توقيت زمن بدء العلاج مهم أيضاً، فكلما كان التدخل أبكر، كلما كانت النتائج أفضل، ومع ذلك، يستمر الدماغ في النمو والتغير خلال الحياة، ولهذا السبب، هناك أمل ليس بالنسبة للأطفال فقط، ولكن بالنسبة للبالغين الذين يعانون من التوحد أيضاً، في استخدام الأساليب المختلفة ـ المناسبة لكل فرد ـ من أجل تحسين الأداء، ولسوء الحظ، ففي بعض الأحيان، يكون من الصعب على الآباء أن يجدوا المدرسة أو مركز الرعاية المناسب لطفلهم، كيف يمكن للآباء أن يتركوا طفلهم في مركز الرعاية إذا لم تكن لديهم ثقة بالأخصائيين الذين سيعملون معه؟.

وتتفق تمبل جراندن (Grandin,1996) مع مايك ستانتون ـ يعاني من اسبيرجر ـ (Stanton, 2001) وهو والد طفل توحدي على النقاط التالية:

1. كلما تم فهم التوحد أكثر، كلما كانت هناك فرصة أقل للشفاء.
2. كلما لوحظ بعناية تصرفات الطفل كلما تنوعت أساليب مساعدته: إذا عرف لماذا يتصرف الطفل بتلك الطريقة؟ فقد يدفع ذلك نحو تعديل البيئة أو مساعد الطفل على التكيف ـ من خلال الحمية والمساعدة الحسية والتمارين وتخفيف الحساسية ـ، وسوف تكون المشكلات أقل مع وجود ما يطلق عليه سلوكيات توحدية غريبة، أو قد تختفي هذه السلوكيات نهائياً.
3. قبول الطفل على وضعه مهما كان: وهي نقطة مهمة جداً؛ ففي الوقت الذي يكون فيه من الطبيعي بالنسبة للآباء أن يأملوا أن طفلهم سوف يصبح طبيعياً، عليهم أن يفتخروا بالإنجازات التي يحققها طفلهم،وفي بعض الأحيان، قد نشهد تقدماً دون تدخل أو حتى على الرغم منه.

دون تدخل Without Intervention:

يستمر الطفل في التطور سواء أكان بدأ العلاج أم لم يبدأ، ويتعلم الأطفال التوحديون بشكل واع، كيف يحمون أنفسهم من الخبرات، سواء لحماية أنفسهم من الخبرات المؤلمة، أو لمعرفة الكيفية التي تستخدم فيها الآليات المتوافرة، من أجل الحصول على معنى للعالم من حولهم.

وتسرد شولمان (Schulman,1999) قصة حفيدها جيك ـــ الذي لم يتلق تدخلاً مبكراً بسبب ظروف العائلة ـ في التعلم والتطور على الرغم من نقص التدخل الرسمي، ولقد تبين فيما بعد أن الألعاب والتأرجح والرقع والأغاني كان لها مفعول السحر على الاستقرار العصبي لدماغ جيك البالغ من العمر ثلاثة أعوام، وكما يقول أحد الأخصائيين استمر جيك في التعلم رغماً عنا جميعاً، ولقد كان جيك يجري محاولات

وألعاباً ذاتية، أي يخلق مسارات جديدة ونحن نراقب دون أن ندرك الصراع البطولي المتميز لهذا الطفل.

وبين ريملاند (Rimland,1994) أن كانر لاحظ وجود بعض التقدم الطبيعي لدى الأطفال التوحديين عندما يكبرون، وهناك عدد معين من مرضاه أصبحوا ذوي أداء عال، عندما أصبحوا بالغين، على الرغم من عدم إعطائهم أي علاج مناسب، ولقد كانت هناك تقارير - نادرة - تتعلق بالشفاء العفوي الغامض عندما استمر الأطفال بالتحسن بشكل كبير لدرجة أنهم لم يعودوا يعتبرون توحديين، وكان الآباء غير قادرين على تفسير هذه المعجزة.

على الرغم من التدخل Despite Intervention:

يقول جيرلاند (Gerland,1998) أن هناك أسباباً تدعو الطفل التوحدي لأن يتحسن على الرغم من التدخل مثل "إصابتهم بالإيذاء" خلال العلاج المؤلم الذي لا يبدو مؤذياً للمربين والمعالجين، وفي هذا الصدد يرى المؤلفان أن التعرض للصعاب قد يفجر الطاقات الكامنة، فالتعرض للألم قد يكون مثيراً لبعض الخلايا محدثاً انوعي واليقظة ولو جزئياً، وهذا يعتبر في نظر البعض نقطة انطلاق لتصميم برامج علاجية، ومهما كان البرنامج العلاجي المستخدم، إلا أنه لا يجعل الطفل أقل توحداً، وسوف يعطي البرنامج الناجح الشخص القدرة على الإدارة الذاتية، والمعرفة الذاتية لتطوير تعويضات أفضل للصعوبات التي يعاني منها، وسوف يخفف هذا بدوره الأعراض ويجعل التوحد معيقاً بشكل أقل.

تعامل الآباء:

الطريقة التي يتعامل بها الآباء The Ways Parents Are Treated:

الطريقة التي يتعامل بها الطفل لا تعتبر هي المهمة فقط، بل إن الطريقة التي يتعامل فيها الآباء مهمة أيضاً بالنسبة لأولئك المشتركين مهنياً مع طفلهم، وتتلخص مشكلاته ستانتون (Stanton, 2001) مثل العديد من الآباء والتوحديين، في:

1. المعرفة الأولية عن التوحد.
2. درجة معتدلة من الخبرة في تطبيق هذه المعرفة.
3. عدم الوعي بالوسائل المعينة في الحصول على المعرفة.
4. قلة الوعي المجتمعي.
5. عدم ثقة بين الآباء وبعض الأخصائيين.
6. انفرادية الأخصائيين في العمل مع أفراد التوحد.

على الرغم من أن العديد من الآباء يثقفون أنفسهم حول التوحد، ويقومون بفحص أية توصيات يعطيها لهم الأخصائيون، ولكن بدلاً من أن يصبحوا شركاء في تقرير مستقبل أبنهم وفي اختيار العلاج المناسب، يعاملون على أنهم "المشكلة الرئيسة"، ويتم رفض وجهات نظرهم على أساس أنها متحيزة ولا يمكن الاعتماد عليها.

من الجدير بالذكر أن الآباء هم الذين يبادرون بإطلاق البرامج الأكثر تفاعلاً للأطفال التوحديين وهم الذين أسسوا المدارس الأولى ومراكز الرعاية للأطفال ثم قاموا بتأسيس مركز رعاية للبالغين فيما بعد، ... في الوقت الذي كانت توصية الأخصائيين الوحيدة وضعهم في مؤسسات ... والدليل على ذلك بأنه:

- تم تأسيس أول مدرسة للتوحديين في الولايات المتحدة في عام 1952 والتي قامت بتأسيسها ماندلبوم من بروكلين Mandelbaum وهي أم لطفل يعاني من التوحد.
- وفي عام 1964، تم تشكيل أول جمعية للتوحديين في العالم في بريطانيا "جمعية التوحد الوطنية" National Autistic Society من قبل مجموعة من الآباء المهتمين.

- وفي شهر تشرين الثاني 1965 تم تأسيس الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين National Society For Autistic Children ـ والتي يطلق عليها اليوم جمعية التوحد الأمريكية ـ من قبل بعض الآباء والأخصائيين.
- كما تم تأسيس "مأوى بين" Ben haven في نيوهيفن وكونيكتكت من قبل آمي لادن ليتل Amy Ludin Little عندما رفضت أية مدرسة قبول ابنها بين Ben.
- وتم إطلاق اسم مركز جي نولان Jay Nolan في نيوول في كاليفورنيا على اسم ابن توحدي للممثل لويد نولان وزوجته نيل، وقد ابتدأ بمجموعة من الآباء من لوس أنجلوس.
- وفي عام 1970، قام والدان لأبناء توحديين ـ فيكتور وينستون ـ وهو يعمل بوظيفة ناشر ـ وهيرمان بريستر ـ وهو مهندس ملاح ـ بتأسيس صحيفة التوحد والفصام لدى الأطفال Journal of Autism and Childhood Schizophrenia، (يطلق عليها اليوم صحيفة التوحد والاضطرابات النمائية) The Journal of Autism and Development Disorders، والتي أصبحت مصدراً قيماً للمعلومات حول التوحد والأبحاث في هذا الميدان.
- كما تم تأسيس TEACCH في شمال كاليفورنيا وهو أول برنامج تربوي شهير على نطاق الولاية للأطفال التوحديين من قبل إيريك شوبلر مع دعم هائل من قبل الآباء.
- وفي الوقت الحاضر، نرى تطوراً مشابهاً في الدول التي يكون فيها التوحد غير معروف بعد: فعلى سبيل المثال: قامت مجموعة صغيرة من الآباء بتأسيس أول جمعية توحد في أوكرانيا عام 1994، وبعد عام واحد من الإخفاق في إقناع

الأخصائيين بأن أطفالهم التوحديين يحتاجون إلى برامج تربوية، وليس وضعهم في مؤسسات، تم افتتاح مدرسة صغيرة للأطفال التوحديين في جورلوفكا، أوكرانيا.

والعديد من المعالجات كانت بمبادرة من الآباء، وبدلاً من رفض وجهات نظر الآباء على أساس أنها شخصية وغير ذات علاقة، فمن المهم توفير تدريب للآباء، وتوجيه الكثير من الأبحاث نحو مساعدة الأطفال التوحديين لكي يتعلموا، ونحو مساعدة الآباء في فهم ما يجري داخل أطفالهم.

برنامج تدريب الآباء:

يعتبر برنامج تدريب الآباء ضرورياً لعدة أسباب:

1. يمكث الآباء مع أطفالهم طوال العمر، وهم ليسوا مثل الأخصائيين الذين قد يتركون العمل في أية لحظة.
2. **يحتاج الآباء إلى فهم طفلهم وتطوير وسائل للتواصل معه وتعليمه.**
3. **إذا كان الآباء متدربين ولديهم وجهات نظر متشابهة حول التوحد والعلاج، سوف يعرفون ما يجري في مدرسة الطفل وسوف يكونون قادرين على التعاون بنجاح مما يمكنهم من خلق أساليب ثابتة.**
4. إذا كان الآباء يملكون الخبرة العملية، سوف يكونون قادرين على طرح الأسئلة الصحيحة للتأكد من أن هذا البرنامج مناسب **لطفلهم.**

على جموع أنهتمين، وعلينا أن نتذكر أن المعاملة الجيدة أو السيئة التي مر بها الآباء على يد أطفالهم التوحديين المتنمرين **Autistic Bullies**، وهؤلاء هم التوحديون الذين وجدوا أن قدرهم المحاربة من أجل حصول جميع الأطفال التوحديين على حقوقهم، فبعض الأفراد التوحديين يتهمون الآباء بأنهم يسيئون معاملة أطفالهم.

نعم، قد يرتكب بعض الآباء الأخطاء، وقد يتم تضليلهم عند محاولتهم مساعدة أبنائهم، ولكن بدلاً من تثقيفهم ومشاركتهم الخبرات المتعلقة بطريقة العيش مع التوحد، ومشاركة القصص الشخصية المتعلقة بما كان فعالاً وما لم يكن، فوعي الآباء يسهم في إزالة معاناة الأبناء أو التخفيف منها وإحداث التجاذب والتقارب، لا التشاحن والنفور، وهذا هو المستهدف من البرامج الإرشادية.



الفصل السابع
أفكار للمشاركة
Thoughts To Share

آباء أخصائيون وأخصائيون غير أخصائيين:
Professional Parents & Unprofessional Professional

تظهر خبرة العديد من الآباء أنهم كلما عرفوا أكثر عن التوحد، كلما عانوا أكثر على أيدي الأخصائيين الذين يعرفون أقل، والآباء الذين يحاولون أن يقدموا وجهات نظرهم حول الطريقة التي تتم بها معاملة أولادهم قد يتم رفضهم أو الاستهزاء بهم: فعلى سبيل المثال، تم الاستهزاء بأم لطفل توحدي من قبل معلمته، عندما قالت أن الحليب لا يناسب ابني، وقد لا يكون مناسباً لأطفال آخرين ممن يعانون من التوحد، ولم تصدق المعلمة ما سمعته، وانفجرت بالضحك قائلة "الحليب مفيد للجميع: ومن المؤسف أن عليّ أن أخبرك بهذه الحقيقة الواضحة"، وغادرت الأم الاجتماع وهي تشعر بالذهول الشديد: كيف يمكنها أن توضح لهذه المعلمة، عن عدم تحمل التوحديين للحليب: ناهيك عن قضايا أخرى قد تتعارض مع "المعتقدات" الواضحة؟، كيف يمكنها أن تثق بأن هذا الشخص سوف يرعى ابنها الرعاية اللائقة؟: فإذا كان الأخصائي أو المعلم غير المثقف بشكل جيد، فلا يوجد أمل لأطفال التوحد بأن يتلقوا الدعم بالشكل اللائق: والشيء المخيف أكثر والمتعلق بذلك: هو أنك لا تستطيع القيام بأي شيء لتغيير ذلك.

هل نصرخ؟ (تجربة غير مقصودة)
Shall we Shout? "An Unintended Experiment"

يستخدم العديد من الآباء سياسة الصراخ Shout Loud Policy، عند التعامل مع مزودي الخدمات والتثقيف ومديري التعليم Special Educational Needs (SEN)، وهؤلاء الذين يصرخون بأعلى صوت سوف يحصلون على ما يرغبون به، ويرفض كثير من الأخصائيين سياسة الصراخ، فهناك نظام موجود (أليس كذلك؟)، وله أحقاق كل طفل للخدمات، إذا كانوا بحاجة لها، وسوف تقدم لهم.

وبناءً على ذلك، بدأ بعض الآباء في مراجعة أنفسهم، وإعادة التفكير في كيفية الارتقاء بالخدمات التي ينبغي أن تقدم، مع الوضع بالاعتبار اتباع القوانين والأنظمة، والبعض الآخر بدأ يشارك ويتابع تنفيذ هذه الخدمات حتى لا يتحول أبناؤهم إلى حقل تجارب.

تذكر إحدى الأمهات لطفل يعاني من التوحد - عمره خمسة عشرة عاماً - أنها دعيت إلى اجتماع في مدرسة ابنها، لوضع الاستعدادات والترتيبات، بنقله إلى تعليم ما بعد السادسة عشرة، ومناقشة تقرير حول حالته، وما يتعلق بوضعه في المرحلة القادمة، وذلك في حضور جميع المتخصصين الذين قاموا بمناقشة الخيارات المحتملة له، وأخذ رأيي في مدى مناسبتها لطفلي، وما هو البرنامج الزمني المناسب لعقد زيارات دورية مع إدارة المدرسة والمتخصصين فيها، علاوة على التخطيط في برنامج المشاركة المدرسية المنزلية، حيث أصبح هذا من أولويات حياتها، وكانت المتابعة الحثيثة مستمرة حتى لاحظت أن هنالك قصوراً فقامت بتقديم شكوى إلى سلطة التعليم المحلية، والتي وعدت بدراسة الموضوع والاتصال بها، مما أشعرها بالرضى والسعادة، ولكن لم يحدث

شيء، حتى فوجئت بأن ابنها الوحيد أصيب بنوبات هلع، بل وأصيبت هي أيضاً! ولقد ازدادت هذه النوبات شدة مع الشعور بالذنب، وتساءلت مع نفسها: لماذا لم أستمع لأصدقائي؟، ولماذا لم أصرخ بعلو صوتي؟، ما الذي حدث وأنا انتظر طوال هذه المدة؟، لقد ضاعت على ابني فرص عديدة، ألم يشعر المسؤولون بأن نقص تقديم الخدمات ينتج عنه فرص ضائعة للأفراد التوحديين، فهي كانت تعرف: وسمحت لهذا بأن يحدث، ولم تستطع مسامحة نفسها، وبعد هذه التجربة غير المقصودة، فهي حذرة جداً عندما تتحدث حول ضرورة أن يكون الصوت مرتفعاً مع الآباء، ففي بعض الأحيان، علينا أن نصرخ إذا ما رغبنا في أن يحصل أطفالنا على الخدمات التي يستحقونها، ويبدو أن سياسة الصوت العالي هي الأصح، في مثل هذه الحالات.

من هو المعاق؟ Who is Disabled?

إن التعامل مع المعاقين ليس سهلاً ـ كالتعامل مع البشر المغرضين في هذه الأيام ـ، فأنت ترغب في أن تبذل قصارى جهدك، مثلاً، مع الفرد ذي التوحد وتكون النتيجة أن تتلقى ضربة أو لكمة أو رفسة ـ كالمثل العامي القائل: عض اليد التي مدت له ـ، وهذا في العموم، فما بالك من طفل يعاني مما لا يعاني منه الآخرون.

وهنا ينبغي أن نبحث عن عوامل الهياج والإثارة السالبة للطفل، فعندما ينزعج الطفل أو يتألم، فلا بد من أن هناك سبباً، وسبباً قوي جداً، ينبغي أن يكون محل تحليل وملاحظة دقيقة من قبل الفاحص الواعي، فمثلاً ينزعج:

- من أي شيء بدءاً من التغيير في روتين الصف.
- الأصوات الخلفية ـ التي لا يستطيع تحملها ـ.

▪ التحركات غير المقصودة حوله، ولكنها تثير اشمئزازه بطريقة يترجمها طبقاً لقاموسه الخاص.

وبما أن الطفل يعاني من مشكلة في التواصل، فإن وسيلته الوحيدة للتعبير عن إحباطه الصراخ والضرب والهرب، وكما لو أن هذه المعاناة غير كافية له، قد تلقي باللوم عليه لسوء سلوكه وتعاقبه بإطلاق التهم بأنه غير مؤدب، ولم يربى جيداً من قبل والديه.

إذا لم يكن الأخصائي قادراً على تحمل أعباء العمل، أو غير مؤهل أو مدرب للعمل مع التوحديين، يمكنهم أن يتركوا هذا العمل وأن يعثروا على عمل آخر في مكان آخر، أما الوالدان، فلا يستطيعان الذهاب إلى أي مكان، عليهم أن يتعاملوا مع هذه المشكلات على أساس يومي، فإذا كان هؤلاء الناس الذين يفترض فيهم أن يساعدوهم هم وأبناؤهم لا يستطيعون مساعدتهم، فمن يستطيع؟

ويشعر كيفن فيليبس (Phillips, Undated)، وهو شاب يعاني من اسبيرجر AS بالغضب الشديد من هؤلاء الأخصائيين الذين أصابوه بخيبة أمل وجلبوا سنوات عديدة من المعاناة له ولعائلته، إذا كان الأخصائيون يعتقدون أنه من المقبول الاستمرار على الطريقة التي هم عليها، فإنني أقترح عندئذ أن عليهم إما أن يتحركوا مع الزمن، أو يبحثوا عن وظيفة بديلة.

واقترحت إحدى الأمهات استراتيجية للتعامل مع "الأخصائيين غير الأخصائيين":

"اعتبر أفراد التوحد معاقين، عندئذ، سوف تشعر بالشفقة عليهم".

ولكن هذه الاستراتيجية هي استراتيجية العطف المؤقت، وسيكن يزول بتكرار تصرفات التوحديين، ثم يعاد في أذهان الأخصائيين، تساؤل بدلاً من أن يبنى على العطاء والارتقاء، يبنى على الإحجام والتوقف، فيدور في أذهان هؤلاء الأخصائيين أسئلة عديدة تأخذ منحى الإهمال لأفراد التوحد، فعلى سبيل المثال: لماذا لا يبقون في

البيت ونتقدم لهم راتب إعاقة، ونعطي الاهتمام لأشخاص قادرين؟، هل على المجتمع أن يدفع رواتب لأشخاص لا فائدة تعود من ورائهم؟

كم من التوحد يجب أن يكون لدى ذوي التوحد؟

How Much Autistic should be Autistic?

عندما ترتقي المجتمعات بتقديم الخدمات لذوي الحاجات الخاصة، يبدأ التنافر والتشاجر، والتسارع، حول الهدف المعني بتلقي تلك الخدمات، فيختلط الحابل بالنابل، أي التوحدي بغير التوحدي، ويصطحب الآباء أطفالهم مدّعين بأنهم توحديين، وهم غير توحديين على الإطلاق، إذاً ما هو معيار التوحدي من غير التوحدي؟، كم من مؤشرات التوحد يجب أن تكون بارزة من أجل تشخيص الفرد التوحدي؟

إذا تعلم أطفالنا التوحديون في النهاية كيف يعبرون عن وجهات نظرهم، هل سيتحولون آلياً إلى (غير توحديين)؟، وهناك سؤال آخر كيف يمكننا أن نرجع إلى المؤلفين التوحديين (مثل تمبل جراندن، ودونا ويليامز، ووندي لوسون وليان هوليدي) هل نستثنيهم من الطيف التوحدي أيضاً؟.

أسئلة كثيرة تدور حول الأشخاص من ذوي الأداء العالي من اضطرابات الطيف التوحدي ASDs، وهل نأخذ بالاعتبار من تم تشخيصه على أنه توحدي ذو أداء منخفض جداً ومصاب بإعاقة عقلية، أو الذين ينتابهم نوبات سلوكية سببها نوبات الهلع والجهد الحسي، وشكوك بإصابته بالصرع، على أنهم هم التوحديون فقط.

دعنا نوافق ونعارض ونجادل ونناقش ولكن دعنا في نفس الوقت نحترم بعضنا البعض ونستمع لبعضنا البعض على أمل أن يجد أطفالنا من يحترمهم ويستمع لهم.

المجتمعات التوحدية Autistic Societies:

عندما يتم رفض إعطاء الأطفال التوحديين أية حقوق أو آية مساعدة، وعندما يتم تصنيفهم على أنهم حالة ميئوس منها ولا يستحقون الجهد أو ما يصرف لهم أو عليهم من مال، حينئذ قرر الآباء عدم التخلي عن أبنائهم، وبما أنه لا يوجد دعم من السلطات، - في معظم الدول - فقد قاموا بتأسيس جمعيات ومدارس تعمل مع أطفالهم، وتوفر لهم الدعم المطلوب والتشجيع للعائلات.

لقد ولدت هذه الجمعيات من الغضب والإحباط الذين أصابا الآباء خلال محاولاتهم اليائسة لمساعدة أطفالهم، وتوحيد جهود هؤلاء الآباء في ومشاركة العبء المادي والنفسي والعاطفي؛ ومحاولة رسم أمل لمستقبل مشرق لأطفالهم، ولقد بدأت هذه الجمعيات بمجموعة صغيرة من الآباء وتطورت إلى منظمات ذات تأثير قوي وتتألف من آباء وأخصائيين جلبت نشاطاتهم تغيراً ذو قيمة لصالح العائلات المتأثرة بالتوحد.

ومع ذلك، توجد اتجاهات غريبة في تطور بعض الجمعيات التوحدية، فهي تركز على الآباء والأخصائيين، ولسوء الحظ، فإن هؤلاء الأطفال التوحديين الذين تطوروا إلى توحديين ذوي أداء عال لا يتم الترحيب بهم في هذه الجمعيات، ومع ذلك، هناك عدد من الأشخاص من ذوي الأداء العال والمصابين باسبيرجر ممن يهتمون جداً بالعمل مع أشخاص من ذوي الأداء المنخفض من الطيف التوحدي بنفس الدرجة التي يهتمون بها في تحسين وضعهم لماذا ترفض بعض الجمعيات مساعدتهم؟ هل يتعلق الأمر بصحة الأفكار ونقص نظرية العقل المختلفة؟.

بعض المناصرين للأفراد ذوي التوحد يكون من الصعب إرضاؤهم لأن لديهم احتمال مناقشة أو حتى محاربة أية فكرة لا تتفق مع أفكارهم، ولكن من المهم العمل معهم، سواء تعليمهم أو التعلم منهم، وبدلاً من رفض آرائهم دون أي

اعتبار ، قد يكون مفيداً إدخال " قواعد اللعب العادل ، إذا أردت أن نسمعك ، كن مستعداً للاستماع ، وإذا أردت أن تحترم ، عليك احترام الآخرين ." وإذا لم يكن هناك اعتراض ومحاولات لإزالة هذا الاعتراض ، لن يكون هناك تطور ، وإذا لم يكن هناك تطور ؛ سيكون هناك ركود.

ألم يحن الوقت لإعادة التفكير في السياسات والخطط المستقبلية؟ ويحتاج الآباء والأخصائيون إلى كل المساعدة المتوافرة ، من أجل جلب تغيرات سريعة وحقيقية في مواقف واتجاهات الرأي العام نحو حاجات الأطفال التوحديين ، فلا يزال الطريق طويلاً للمشاركة المجتمعية الفاعلة ولدمج ذوي الحاجات الخاصة بإيجابية وفاعلية دون شفقة أو تورية.

رسائل من التوحديين إلى الآباء :

Messages From Autistic people to the parents



يقول التوحديون على لسان سينكلير (Sinclair, 1994):

- نحن بحاجة إليكم.
- بحاجة إلى مساعدتكم وتفهمكم.
- عالمكم غير مفتوح جداً لنا، ونشعر بأنكم منغلقون على أنفسكم.
- لا نستطيع التقدم دون دعمكم.
- نعم، هناك مأساة تأتي مع التوحد، ليس لما نحن عليه، ولكن بسبب الأشياء التي تحدث لنا.
- نحن حزينون بسبب هذه الأشياء، ولكن إذا أردتم أن تكونوا حزينين على شيء ما، فبدلاً من الشعور بالحزن اغضبوا من هذا الشيء.
- قوموا بعمل شيء من أجلنا.
- تكمن المأساة في عالمكم لأنه ليس فيه مكان لنا.
- كيف يمكن للآخر أن يتغير، طالما أن آباءنا حزانى لأنهم أنجبونا إلى هذا العالم؟.
- نيابة عنا، نتمنى أن تمتلكوا صوتاً قوياً والكثير من الشجاعة، وفي المقابل، فنحن نقدم صوتنا القوي وشجاعتنا، ومع بعضنا البعض: يمكننا أن نجد وسائل خلاقة وإخلاقية لجعل التوحد يجد عالماً أفضل لكم ولنا، وعندما تكونون إلى جانبنا، سوف نتعلم كيف نصل إلى السماء، كل ما نحتاجه منكم هو التعزيز.

ما هو التوحد؟ What is autism?

وقد كتبت أوليسيا باث Olesya Bath والتي تبلغ من العمر 12 عاماً، شقيقة لطفل توحدي، كلمات معبرة، عبرت فيها عن خواطرها حول التوحد:

إذا ما سألك أحد ما يعنيه التوحد ....؟

ماذا ستقول......................؟

"إعاقة" ....

قال أحدهم:

"عدم القدرة على الرقص أو الغناء أو اللعب" ....

هل هذا صحيح..............؟

أقول لك:

أم تراك نسيت...............؟

إن التوحد ليس بهذه السهولة التي تعتقدها...............

إذا ما سألك أحد ما يعنيه التوحد ....؟

ماذا ستقول ....؟

"إنه الدماغ" ....

قال أحدهم :

"إنه لا يعمل بشكل جيد" ....

ولكن هذا ليس صحيحاً.......................

فأنا أقول لك:

مع أن دماغهم ليس كدماغنا..........................

إلا أنه يعمل بشكل جيد.......................

ويجعلهم متفردين.......................

ويستطيعون القيام بأي شيء من خلال قوتهم...................

لدينا روتين في حياتنا...........................

يأخذونه منا في النهار.......................

فإذا سألك أحد ما يعنيه التوحد ....؟

ماذا ستقول................................؟



الباب الثاني

التوحد..

رؤية الأخصائيين

Autism..

Professional's Perspective



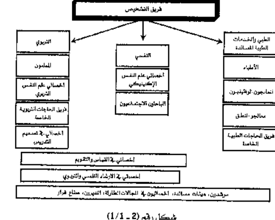
الفصل الأول

تعريفات وتصنيفات

Definitions and Classifications

تصنيفات الأخصائيين:

يشمل فريق التشخيص جميع الأخصائيين الذين يعملون ـ بشكل مباشر أو غير مباشر ـ مع التوحديين وعائلاتهم، ويمكن توضيحهم من خلال المخطط السهمي التالي:



شكل رقم (2 ـ 1/1)

مخطط سهمي يبين تكاملية فريق التشخيص للتوحد

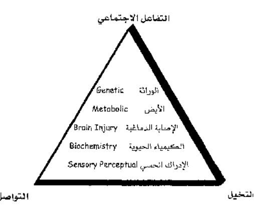
يتضح من هذا المخطط الضرورة التكاملية بين الباحثين Researchers في المجالات الطبية والخدمات المساندة فيها Biomedical، والمجالات النفسية والإكلينيكية Psychological، والمجالات التربوية Educational والاجتماعية، ويشتمل هذا المخطط على:

- أطباء Doctors
- مستشارين Consultants
- أخصائي علم النفس الإكلينيكي Clinical Psychologists
- أخصائي علم النفس التربوي Educational Psychologists
- معلمين Teachers
- هيئات مساندة Support Staff
- معالجي نطق Speech Therapists
- معالجين وظيفيين Occupational Therapists
- عاملين في الخدمة الاجتماعية Social Service Workers
- مرشدين Counsellors
- فريق الحاجات التربوية الخاصة Special Educational Needs Teams (SEN)
- مديرين Administreators
- صناع قرار Policy Makers
- أو أي أخصائي آخر Other Specialists قد لا يكون على اتصال مع التوحديين أو عائلاتهم

وقد يكون لدى كل من هؤلاء الأخصائيين وجهات نظر مختلفة حول جوانب معينة من التوحد، ومستويات مختلفة من الخبرات وكذلك خلفيات وبيئات مختلفة، وفي الدول التي لا يعرف فيها الأخصائيون التوحد، قد تسمع جميع أنواع التعريفات

اعتماداً على معرفة، أو عدم معرفة، كل أخصائي على حدة، ونقدم هنا مثالين على هذه التعريفات: فالبعض يفهمه على أنه عرض مرضي، والبعض الآخر يقول: إذا كان الطفل قادراً على التكلم، فهو ليس توحدياً وأصحاب هذا التوجه هم من يعملون في الطب النفسي Psychiatry، وفي إحدى المحاضرات التي ألقاها الإمام وحضرها الأطباء والممرضون والعاملون في المجال الصحي بأحد المستشفيات الكبرى عام 2004، وعندما تعرض في محاضرته إلى تعريف وأسباب ومظاهر التوحد، استغرب الحضور على وجود مثل هذه الفئات دون تصنيفها، والعلم بها، وبرزت عدة أسئلة حول كيفية اكتشاف وتشخيص هؤلاء الأطفال، كما تطرقت الأسئلة حول فريق العمل الأمثل في التعامل معهم، وتطورت الاستفسارات حول أساليب التربية، وهل لهؤلاء الأطفال أدوية وإجراءات صحية كأي مرض، أسئلة كثيرة دلت على الفهم المعرفي حول هذه الفئة، وبعض الحاضرين صنّف هؤلاء على أنهم مرضى نفسيون، ومن المفروض أن يخضعوا لمعالجي الطب النفسي.

وعدا عن هذه الأوصاف غير الطلقة Ill-Informed Description، يعرف الأخصائيون الحالة حسب المعايير التشخيصية (ثالوث الإعاقات)، ومع ذلك، فقد يضع كل باحث، أو مجموعة باحثين، في التعريف بعض الخصائص التي تعتبر جوهرية - على سبيل المثال: إعاقة معرفية، مشكلات أيضية، أو صعوبات في تشكيل روابط عاطفية مع الأم - في وجود الثالوث كأساس لتصنيف هذه الخصائص كما يدركها في ضوء مفاهيمه، ومعلوماته، حول أنماط ومظاهر أفراد التوحد، وتتضح خلفية ذلك في الشكل التالي:

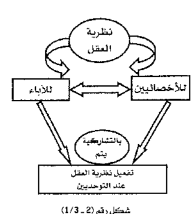


شكل رقم (2 ـ 1/2)

ثالوث الإعاقات التي تواجه الأخصائيين

ويعيد بعض الباحثين الخصائص الأساسية والثانوية للتوحد ويضمون إلى الخصائص الرئيسة أعراضاً ثانوية مثل الاستجابات غير العادية للمثيرات الحسية والقلق والإجهاد.

والخصائص الطيفية للتوحد معروفة بشكل واسع، ومع ذلك، يفضل الأخصائيون أن يميزوا ما بين أنواع من "التوحد" أو عدة فئات مختلفة من التوحد واسبيرجر، وفي هذا السياق يذكر المؤلفان دائرة تخفيف الاضطراب لدى الأفراد ذوي التوحد من خلال القراءة الجيدة لهم، وتكاملية المعرفة من خلال التصور التالي:



شكل رقم (2 ـ 1/3)

تصور مقترح للمساندة الفعالة لذوي التوحد

تقترح ستيلا واترهاوس (Stella Waterhouse, 1999) الفئات التالية لاضطراب التوحد.

ويمكن إسناد المشكلات المحتمل مواجهتها من قبل كل فئة، ومن خلال تصنيف هذه الفئة.

وفيما يلي المشكلات التي تتبلور في:

- التوحد الإدراكي (المرتبط بجهاز طرفي تالف) Perceptual Autism
- التوحد الارتكاسي (بالجهاز الطرفي) Reactive Autism
- التوحد الشامل (الجهاز الطرفي) Induced Autism
- التوحد الثانوي (الذي ينشأ عن حادث أو مرض) Secondary Autism

- متلازمة اسبيرجر الإدراكية (المرتبط بمشكلات الصدغ الأمامي)

Perceptual Asperger Syndrome

- متلازمة اسبيرجر الارتكاسية (الصدغ الأمامي)

Reactive Asperger Syndrome

- متلازمة اسبيرجر الشامل (الصدغ الأمامي)

Induced Asperger Syndrome

ويكون معظم الأخصائيين صادقين في محاولاتهم لمساعدة المتوحدين، كما أنهم يحاولون أن يكونوا مفتوحي الذهن، وأن يعترفوا بحدودهم دون أن يلقوا باللوم على المترددين عليهم عندما لا تكون المساعدة التي يقدمونها كافية، وتذكر سنكلير (Sinclair, 1992) أن الأخصائيين يصفون المشكلات التي يعاني منها المتوحديون، وليس المشكلات التي يكونون عليها، وهم غير راغبين في الوصول سريعاً إلى النتائج، كما يكونون مستعدين للاستفهام عن معتقداتهم الخاصة.

ويعتقد المؤلفان بأن الإعداد المهني للأخصائي يمحى في اتجاه واحد، وهو حرفية المهنة، وليس احتراف المهنة، والفرق كبير بين الحرفية التي تقترب من الروتينية، وبين الاحتراف الذي يقترب من الإجادة والإبداع، فأخصائيو التوحد يتعاملون مع الحالات المترددة عليهم، بقدر المعلومة الواضحة دون التعمق في المضمون.

والمحزن في الأمر كما تقول ويليامز (Williams, 1996) أن بعض الأخصائيين مثل الديناصور، يعتقدون أن أفكارهم هي الأفكار الصحيحة الوحيدة، وهم يقاومون أي تغيير وغير قادرين على رؤية أية فكرة تتجاوز نظريات غير المتوحدين، والتصنيف الصناعي الذي أوجدته هذه النظريات، ويعتبر بعض الأخصائيين ديناصور اليوم، وبعضهم ديناصور الغد، ويحاول بعضهم جهده لكي لا يصبح ديناصوراً أبداً، وهؤلاء الأخصائيون الذين يتسمون بروتينية العرض وروتينية الأداء، هم في طريقهم للانقراض، ويضعون

أنفسهم على هوية الانزواء من الخدمة، فكأنما يحكمون على أنفسهم بأن ما تعلموه هو الأبدع، وهو الأفضل، دون مراعاة المتغيرات والفروقات النفسية والعقلية والوجدانية لكل حالة على حدة، وبما أن هناك العديد من التصنيفات للتوحديين، دعنا نحاول أن نقوم بعمل الشيء نفسه للأخصائيين باستخدام نفس الإطار الذي نجده في الثالوث.

أولاً: المجموعة الانسحابية The Aloof Group

يجلس هؤلاء الأخصائيون في الحفرة ولا يرون أي شيء خارجها، وهم يحاولون إلقاء اللوم بالإصابة بالتوحد على الآباء، ويعكس موقفهم نظرة قديمة للتوحد بشكل خطير، كما أنهم يضعون أعباء أكثر على عائلات يائسة، فعلى سبيل المثال:

- ادعى أحد أخصائيي دراسات الطفولة أن السلوك المنفلت الذي يتصرف به العديد من الأطفال، بما فيهم التوحديون، تم عزوه بشكل خاطئ إلى حالات طبية بينما كان في الواقع نتيجة للحاجة إلى العاطفة الأبوية الأفضل.
- واشتكى مدير في مركز رعاية المراهقين التوحديين بأنه يعاني من مشكلات مع الآباء وليس الأبناء، ناسياً أن يضيف أنه يوفر في الحقيقة حضانة وليس علاجاً تربوياً وأن الآباء لم يكونوا سعداء بذلك، ولقد كان إعلانهم التقليدي والمفضل لديهم، والذي اعتادوا أن يبدأوا به أي حوار مع زملائهم أو مع الآباء، هو "إن فهمي للتوحد هو.......................................".

ولسوء الحظ، لا يهتم الآباء بفهمهم للتوحد بل هم يشعرون بالقلق من ظهور التوحد لدى أطفالهم، وحول الوسائل التي يمكن من خلالها مساعدتهم، أما بالنسبة لبعض الأخصائيين، فسرعان ما يكتشفون عادة بعد أول 5 ـ 7 دقائق من بداية الحديث، أن هذا الفهم محدود جداً وغير مترابط.

ثانياً: المجموعة السلبية The Passive Group

ينظر هؤلاء الأخصائيون إلى عملهم على أنه مكان استخدام، فهم يأتون إلى المكتب أو المدرسة أو المركز، ويقومون بالأعمال الروتينية ثم يعودون للبيت، وهم يعرفون فقط ما قد تعلموه في الكلية أو الجامعة - منذ عدة سنوات مضت -، ويتبعون ما جاء في الكتب بكل صدق، أما ما يتجاوز هذا، فلا علاقة لهم به.

كما أن بعضهم لم يحصل على تدريب في مجال التوحد أبداً، ولكنهم حضروا مؤتمراً أو ندوة، ويشعرون بأنهم مؤهلون بشكل كامل للعمل مع الأطفال التوحديين، أو لصنع قرارات تتعلق بعائلاتهم، وهم على ثقة كبيرة بمعرفتهم، ويقدمون خبرتهم ومهاراتهم لأي شخص يستمع لهم.

ومن التقليدي بالنسبة لهم أن يقولوا مثلاً:

"لا يمكن أن يكون توحدياً، لأنه مهتم جداً بالناس ويظهر انفعالاته، فمثلاً: يبكي عندما ينزعج، ويبتسم كثيراً، أو يرغب في إسعاد الناس، أو لديه تواصل بصري، أو يتحدث بشكل جيد".

ثالثاً: المجموعة النشيطة The Active Group



وهؤلاء الأخصائيون نشيطون جداً، ومعرفتهم واسعة في مجال ضيق جداً، وهم يكرسون جميع طاقاتهم لتطوير نظرية واحدة - يحاولون أن يمدوها فوق حدودها من أجل تغطية جميع جوانب التوحد -، ويقترحون نظرية واحدة لعلاج التوحد.

وهم يرفضون أي شخص - سواء كان باحثاً، أو والداً أو شخصاً توحدياً - يجرؤ على معارضتهم، وهم لا يعترفون أبداً بأنهم قد يخطئون، وهناك مجموعة فرعية من الأخصائيين النشيطين ولكن الغريبين تشمل أولئك الذين بدأوا في العمل في المجال منذ وقت قريب، ولكنهم يعتبرون أنفسهم خبراء، ولديهم طموح كبير وينظرون إلى إنجازاتهم من خلال عدسات مكبرة، فعلى سبيل المثال، إذا استطاعوا أن يكتبوا مقالة إلى صحيفة - بالاشتراك مع عشرة مساهمين آخرين - فإنهم يتوهمون في اليوم الثاني بإضافة - المؤلف الناشر - إلى اسمهم.

وهناك مصطلحات شبه مرحة أطلقها موريس (Morris,1999) بذكاء لوصف مثل هؤلاء الخبراء.

الغاز المحير Baffle gas: ما تستخدمه عندما تقدم نفسك إلى الجمهور على أنك تعرف ما تقوم به، بينما أنت لست كذلك، وإذا لم تستطع أن تبهرهم بذكائك، عليك أن تحيرهم أو تربكهم.

رابعاً: المجموعة المنطقية The professional Group

في كل يوم يتعلم الشخص الذي يتعامل مع الأفراد ذوي التوحد، وإلا فإنه سيتخلف عن الآخرين، فهذه المجموعة لا تتوقف عن التعلم وشعارهم مع التوحد: "كلما عرفت أكثر، كلما فهمت أنك تعرف القليل"، وهم لا يخافون من الاعتراف بأنهم لا يعرفون شيئاً ما، فمن المستحيل أن تعرف كل شيء.

كما أنهم يشعرون بالافتقار إلى المعرفة المتخصصة، ولا يمانعون في تحويل الطفل إلى أخصائي، فهم على نهم كبير لمعرفة كل الآراء المحيطة بالحالة، ويتصفون بأنهم متواضعون بشكل كاف، ولا يجدون حرجاً للاعتراف للأبوين بقولهم "آسف.....أنا لا أعرف، دعنا نفكر مع بعضنا البعض لنعرف ما هو الأفضل لطفلك".

ويصف بيترز (Peters,1999) مثل هؤلاء الأخصائيين على أنهم أخصائيون قررمتهم حشرة التوحد، وهم يختارون أن يعملوا مع التوحد وليس رغماً عنهم أن يعملوا مع التوحد.

ويصف المؤلفان هؤلاء الأخصائيين، بأنهم عاشوا في التوحد، فقذفوا بأنفسهم في يم التوحد، في محاولة لانتشال أفراده، بينما هم مستغرقون في عمليات الإنقاذ، يقومون بالبحث عن وسائل معينة، ويستمعون إلى كل صوت من حولهم، لعل فيه أملاً للمساعدة والإنقاذ بأفضل الطرق، ساعين إلى تقديم الخدمة في أبهى صورة، فهم لا ينظرون إلى التوحد وجهاً لوجه ولكن يقذفون أنفسهم أسفل التوحد ليحملوا على الأعناق ليحيا ويعيش كأقرانه دون تفريق.

ولكي يصبح شخص ما أخصائياً، عليه أن يمتلك خصائص شخصية معينة، تتباين ما بين سمات الشخصية داخلياً وخارجياً، وما بين المظاهر والجوهر، والعلم وتطبيقه، والإيمان بالواقع والأمل في تحقيق السعادة للأفراد ذوي التوحد أنفسهم ولذويهم.

وفيما يلي مخطط لأخصائي توحد ناجح:

ما الذي يصنع أخصائي توحد جيد؟

What Makes A good Autism Professional?

1. أن تجذبه الفروق.
2. أن يكون لديه خيال حيوي، وليس محدداً بفكر تقليدي متصلب.
3. أن يكون قادراً على أن يعطي دون أن يتلقى شكراً.
4. أن يكون راغباً وقادراً على تعديل أسلوبه الطبيعي في التواصل والتفاعل الاجتماعي.
5. أن يمتلك الشجاعة للعمل وحده في الصحراء.
6. أن يزهد في مقابل الترحاب بجهوده المباركة.
7. أن يسعى نحو الجديد في المعرفة، بمعنى أن لا يكون راضياً أبداً عن مقدار المعرفة التي يمتلكها، والأخصائي الذي يعتقد أنه وجد معرفة عن التوحد يكون في الواقع قد فقدها، فالتدريب على التوحد لا ينتهي أبداً.
8. أن يعي أن صناعة الهدف يعقبه معيقات جديدة.
9. أن يتقبل المشكلات الناجمة عن تحقيق كل مهمة.

10. أن يكون مستعداً لتغيير وجهات نظره ، إذا ثبت أنها خاطئة ، وأن لا يشعر بالخجل من قوله : آسف، كنت على خطأ.
11. أن يكون مستعداً للعمل بروح الفريق ، فيحتاج جميع الأخصائيين لأن يتم اطلاعهم على جهود الآخرين، ومستويات المساعدة التي يقدمونها.
12. أن يكون الفرد متواضعاً ، فقد يكون من خبراء التوحد بشكل عام، ويكن الآباء هم الخبراء فيما يتعلق بأطفالهم، ونحن نحتاج إلى أن نأخذ بعين الاعتبار حكمتهم، والأخصائي الذي يرغب في أن يكون هو الأساس والركيزة ومنبع العلم لا حاجة له في أن يعمل في مجال التوحد ، وعند التعاون مع الآباء، من المهم التحدث عن النجاح، وكذلك من المهم الاعتراف بالإخفاق.
13. أن يتعلم طلب المساعدة من الجهات المسؤولة، والتي يمكن أن تسهم في جودة العمل.



التوحد عالي الأداء High Functioning Autism، والتوحد متدني الأداء Low Functioning Autism:

لا يوجد إجماع لدى الأخصائيين على حدود التوحد عالي الأداء، ولن يحدث هذا الإجماع من منطلق مبدأ الانفرادية والتميز، والتجانس، لا التماثل، فعندما ينتهي التوحد متدني الأداء، يبدأ التوحد عالي الأداء، ومع ذلك، تم اختيار المستوى المعرفي والأداء اللفظي على أساس أنها المعايير الرئيسة لتمييز التوحد عالي الأداء عن التوحد متدني الأداء، أو التوحد الشديد، وفيما يلي الحدود المقترحة للتوحد عالي الأداء:

الحدود المقترحة للتوحد عالي الأداء
The Proposed Boundaries Of HFA

لوحظ أن الأطفال التوحديين الذين لديهم علامات معينة من I.Q يظهرون سلوكيات متنوعة ونماذج مختلفة من المهارات في الاختبارات المعرفية، ولقد تم اقتراح المعايير التالية للتوحد عالي الأداء:

1. بخصوص نسبة الذكاء الأدائي:
   - اقتراح بارتاك وروتر (Partak & Rutter,1976)، بأن نسبة الذكاء تكون فوق 70.
2. وبخصوص نسبة الذكاء الكلي:
   - رامزي، رابــورت وســكيري (Ramsey,Rapport and Sceery,1985)، نسبة الذكاء تكون فوق 80.
   - أسارناو ورفاقه (Asarnow et al,1987)، نسبة الذكاء تكون فوق 70.
   - جيلبرج، ستيفنبيرج، وجاكوبسون (Gillberg,Steffenburg & Jakobson,1987)، نسبة الذكاء تكون فوق 65.
   - جافني وتساي (Gaffney & Tsai, 1987)، نسبة الذكاء تكون فوق 60.
3. وبخصوص نسبة الذكاء غير اللفظي:
   - كوهين، بول وفولكمار (Cohen,Paul,& Volkmar,1986)، أن يحقق في الاختبار غير اللفظي نسبة ذكاء 70 فاعلى، ونسبة ذكاء كلية فوق 55.

اسبيرجر والتوحد:

يعتقد بعض الباحثين أن تعريف التوحد أو اضطرابات الطيف التوحدي ASDs يجب أن يكون شاملاً لاسبيرجر حيث إنهم لم يحددوا فرقاً نوعياً في الخصائص الإكلينيكية والتطورية، والملامح المعرفية العصبية، فيما يتعلق بالتوحد عالي الأداء على وجه التحديد واسبيرجر.

وتقترح وينج (Wing,1991) بأن كلاً من التوحد واسبيرجر يمكن أن يكون من الأفضل اعتبارهما واقعين ضمن سلسلة الإعاقة الاجتماعية، وقد يختلفان في مظاهرهما الإكلينيكية، وهذا راجع إلى مقدار العجز في اللغة المعرفية والمجالات الحركية.

في حين لفتت وينج (Wing,1981) انتباه الإكلينيكيين لمتلازمة اسبيرجر، كما قامت بالتأكيد على عدم وجود أدلة للتفرقة ما بين متلازمة أسبيرجر والتوحد، ومع ذلك، فإن وصفها لهم، ألهم العديد من الباحثين لدراسة الفروق المحتملة بين الاثنين، ويتبين هنا أن متابعة وينج وملاحظتها المستمرة واحتكاكها بالبحث العلمي والأداءات الفعلية: على مدار ما يقرب من عشرة أعوام لأفراد التوحد وأفراد متلازمة اسبيرجر، أقرت بأن هنالك فروقاً بينهما.

وفيما يتعلق بالملامح المعرفية العصبية، لوحظ وجود نتائج متشابكة ومتداخلة، ولقد حاول بريار ورفاقه (Prior et al,1998) استخدام أساليب التحليل الجمعي، من أجل فحص ووجود مجموعات فرعية متجانسة من ناحية التشخيص تجريبياً تشبه التوحد الكلاسيكي واسبيرجر.

ولقد انبثقت ثلاث مجموعات على النحو التالي:

- مجموعة توحد.
- مجموعة أسبيرجر.
- مجموعة التوحد عالي الأداء.

وباستخدام أسلوب الملاحظة والمقابلة والاستبيان للأهل والأخصائيين تبين عند مقارنة مظاهر الأعراض ما يلي:

- ظهر أن مجموعة اسبيرجر كانت مختلفة على أساس وجود مهارات انتباهية مشتركة، وطاقات صداقة محددة، ونطق متحذلق Pedantic، واهتمامات محددة بالمحيط.
- لم يجد الباحثون أية فروق ما بين المجموعات في التاريخ اللغوي المبكر.
- أظهرت مجموعة أفراد الاسبيرجر قدرات لفظية أعلى وأيضاً قدرات معرفية وإدراكية مقارنةً بالمجموعتين الأخرتين.
- كما أبرزت النتائج تفوقاً ملحوظاً لمجموعة أسبيرجر مقارنة مع التوحد ومجموعة التوحد عالي الأداء، في فحص مهام نظرية العقل.

ويستنتج الباحثون أنه على الرغم من وجود فروق في الأعراض بين المجموعات، يمكن تفسير النتائج بشكل أفضل على أساس درجات الاختلاف في عمليات التطور، وهي بذلك تدعم المفهوم الطيفي لاضطرابات التوحد.

وقد فسر زاتماري (Szatmari, 2000)، أن التفوق البسيط للذين يعانون من متلازمة اسبيرجر فيما يتعلق بمهاراتهم اللغوية في مرحلة البلوغ عن طريق حقيقة أن الأطفال التوحديين يتأخرون كثيراً في اكتساب اللغة في مرحلة الطفولة، ولذلك فإنهم غير قادرين على اللحاق بالتطور اللغوي لمجموعة اسبيرجر، وهذا ما قد تم التوصل إليه فيما قبل أربع سنوات في دراسة إيسن ماجور، بريار وليكام (Eisen Major, Prior and Leekam, 1996).

وعودةً إلى هذا فقد اعتقد كل من مانجفيونا وبريار (Manjviona & Prior, 1995) بأن الذين يعانون من متلازمة اسبيرجر يبذلون جهوداً أفضل من أجل التكيف الاجتماعي مقارنةً بنظرائهم التوحديين، كما أن لديهم رغبة أصيلة للقيام باتصال

اجتماعي وصداقات، وهناك مقارنة ما بين الخصائص العصبية النفسية للأطفال الذين يعانون من متلازمة اسبيرجر وأولئك الذين يعانون من التوحد عالي الأداء تدعم أيضاً الفكرة الطيفية للتوحد أكثر من الفئات التشخيصية المتميزة، وقد تتأثر الفروق التشخيصية الإكلينيكية الحالية بشكل رئيس بمستوى نسبة الذكاء المدركة للطفل.

وبالتحليل والبحث تبين أن نتائج دراسة بومروي وفريدمان وستيفنز (Pomeroy,Friedman and Stephens,1991) أشارت إلى أن اسبيرجر والتوحد قد يتشابهان إكلينيكياً بعض الشيء ولكنهم يختلفان من ناحية المظاهر العصبية والنفسية، ولقد كان أداء الأطفال التوحديين جيداً في اختبارات المهارات البصرية - المكانية والتذكر الفوري، ولكن كان أداؤهم منخفضاً جداً في اختبارات المهارات اللفظية المجردة، بينما لم يظهر الأطفال الذين يعانون من متلازمة اسبيرجر نفس الضعف اللفظي، وحصلوا في الحقيقة على علامات أعلى مقارنة بمجموعتي الأطفال التوحديين ومجموعة التوحد عالي الأداء في اختبار حول التفكير المجرد في مهمة المحاولة والتي طلب منهم أن يغيروا القواعد المستخدمة في حل المشكلات.

وفي نفس السياق بلغ بومروي ورفاقه (Pomeroy et al,1991) عن أن عجز الأطفال التوحديين كان مرتبطاً باضطراب في الوظيفة التنفيذية؛ أي عجزاً في العمليات المعرفية التي تتحكم بها القشرة الدماغية الصدغية، بينما لم يكن الأطفال الذين يعانون من متلازمة اسبيرجر كذلك، وهذه النتائج ثابتة مع النتائج السابقة التي توصل إليها أزونوف ورفاقه (Ozonoff et al,1991) الذي وجد أن الذين يعانون من متلازمة اسبيرجر لديهم ملامح معرفية مختلفة أكثر من التوحديين.

وتصر فريث (Frith,1991) على أن وجود فئة تشخيصية متميزة لأفراد متلازمة اسبيرجر تعتبر مفيدة في الوقت الحاضر لسببين إكلينيكيين:

1. العديد من آباء الأطفال الذين يعانون من متلازمة اسبيرجر يجدون أن هذا التشخيص المتميز مقبول أكثر مقارنة مع التوحد الكلاسيكي الشديد.
2. العديد من الأطفال الذين يعانون بأشكال أبسط من اضطرابات الطيف التوحدي ASDs يتركون دون تشخيص، وبذلك، يحرمون من الخدمات والتدريب والتعلم وهم في أمس الحاجة إليها.

الفصل الثاني

التشخيص

Diagnosis

كان من العسير تشخيص حالات التوحد، لوجود بعض المشكلات التي يمكن أن تعقد العملية، ويمكن بلورتها في عدة محاور: تبدأ من الدرجة بالمشكلات السلوكية، مروراً بخصائص أفراد التوحد، والتشابك فيما بين أطياف التوحد، وقوائم التشخيص، وتطبيق المقاييس.

من السهل تشخيص التوحد الخالص، ولكن مثل هذه الحالات من التوحد الكلاسيكي نادرة جداً، ولذلك يحتاج الشخص الذي يقوم بالتشخيص لأن يكون على دراية كبيرة بالمشكلات السلوكية، والأمراض النفسية، وسمات الشخصية، من أجل التحري عن الأعراض التوحدية في الحالات غير الكلاسيكية، وبما أن التوحد اضطراب طبيعي، إذاً فإن خصائصه تتنوع بشكل كبير.



المعايير التشخيصية لاضطرابات التوحد في DSM-IV,ICD-10 تتشابه بشكل كبير، لأنه من المستحيل تعداد جميع المظاهر المحتملة لاضطرابات الطيف التوحدي ASDs، ولهذا السبب، إذا كان الإكلينيكيون خبيرون في تشخيص التوحد، فغالباً ما تفوتهم الخصائص وثيقة الصلة لأنها غير مدرجة في المعايير، وقد لا يتعرفون على الحالة، خاصةً إذا كانت غير كلاسيكية وتشغل حيزاً بعيداً جداً عن الموقع المركزي في الطيف التوحدي.

وأشار ستانتون (Stanton, 2001) أن تشخيص اضطرابات الطيف التوحدي ASDs من خلال قائمة شطب الأعراض أو من خلال قراءة الدليل التشخيصي؛ لا يمكن القيام به، فقد تنبهنا قائمة الشطب إلى احتمال الإصابة بالتوحد ولكنها لا تزيله، ولكن ينبغي التدريب على استخدام الأدوات التشخيصية، والخبرة مع الذين يعانون من التوحد، والوعي بحقيقة أنه كلما كانت الإعاقات الفكرية العامة أكثر شدة، كلما كان هناك احتمال أكثر لأن يصاب الطفل بالتوحد، وفي مرحلة المراهقة، قد يصبح ASDs معقداً مع تطور مشكلات طبية نفسية مثل الاكتئاب واضطرابات المزاج أو القلق الشديد.

وفي هذا الصدد وضح كل من لورد؛ سميث؛ والترز، باريت وفينشتين (Lord 1984; Smith 1990; Walters, Barrett& Feinstein 1990)، أن الإعاقة الاجتماعية في التوحد، لا يتم تعريفها من خلال كمية التفاعلات أو الرغبة في التفاعل الاجتماعي، بل إن نوعية التفاعل هي التي يجب أن تفحص، وقد يكون التفاعل الاجتماعي محيراً بالنسبة للمعلمين لأنهم غالباً ما يلاحظون أن الطفل يتفاعل مع أقرانه في غرفة الصف، ومع ذلك، قد يعاني نفس هذا الطفل من صعوبات في تعلم التفاعل الاجتماعي في حالات غير نظامية، كما يعاني في بدء السلوك الاجتماعي دون دعم، ويجد صعوبة في الإبقاء على التفاعل الاجتماعي بطريقة متبادلة.

يستخدم إكلينيكيون مختلفون معايير مختلفة وأدوات تشخيصية مختلفة، فقد يستخدم بعضهم DSM-IV أو ICD-10، وقد يستخدم آخرون المعايير التي قام كانر بتعريفها، أو اسبيرجر ومع ذلك، هناك آخرون منهم جيلبيرج وجيلبيرج

(Gillberg and Gellberg, 1989)، قد يميزون ما بين الأداء العالي والأداء المتدني أو بين التوحد البسيط والمعتدل والشديد... إلخ.

ولقد تم تطوير عدد كبير من أدوات القياس، من أجل المساعدة في التحري عن التوحد، وإذا ما استخدمت هذه الأدوات من قبل أخصائيين خبراء، فقد تكشف الكثير عن حالة الطفل، أما إذا استخدمت من قبل شخص لا تتوافر لديه معرفة بالتوحد، فمن المؤكد أن تجلب الارتباك، وما يزيد الأمر تعقيداً أن نتائج المعرض قد تكون مختلفة في قوائم شطب مختلفة، وفيما يلي أدوات القياس الأكثر استخداماً.

أدوات القياس الأكثر استخداماً
Most Commonly Used Assessment Tools

طورت بعض أدوات القياس المعينة لقياس الأطفال التوحديين، وهي عبارة عن مقاييس تصنيف وقوائم شطب، ومن أكثر المقاييس المعيارية شيوعاً ما يلي:

- برنامج الملاحظة التشخيصي للتوحد (ADOS):

The Autism Diagnostic Observation Schedule

وقد أعده لورد ورفاقه (Lord et al,1989)، ويعتبر هذا اختباراً نمائياً يقوم فيه الفاحص بالتفاعل مع الطفل لمدة تتراوح من 20 ـ 30 دقيقة، ويتم تنفيذ 8 مهام من أجل التحقق من سلوكيات محددة في مجالات التفاعل الاجتماعي والتخيل ومهارات اللعب والقدرة على ترجمة المشاعر، وتستخدم اللوغاريتميات التشخيصية كما أن التدريب المهني مطلوب.

- المقابلة التشخيصية للتوحد (ADI):

The Autism Diagnostic Interview

وقد صممها لا كوتير ورفاقه (Le Couteur et al,1989) وهي مقابلة معيارية طورت كملحق لاضطرابات الطيف التوحدي ASDs، وهي تستغرق حوالي ساعة إلى ساعتين لإكمالها، والمطلوب تلقي تدريب خاص فيها، كما يتم تطبيق اللوغاريتميات للمساعدة في التشخيص.

- نموذج إي تو E2:

أعده ريملاند (Rimland, 1964)، وهي قائمة شطب تشخيصية تحتوي على 109 أسئلة حول تاريخ الطفل التطوري المبكر واستجاباته الاجتماعية وتطور الكلام وغيرها، ويرسل النموذج بعد إكماله إلى معهد الأبحاث في التوحد في سان دياجو حيث يتم إدخاله في قاعدة ضخمة لبيانات الأبحاث ومقارنته مع البيانات التي جمعت سابقاً، وتتراوح العلامات من (-45 إلى +45).

1. ويعتبر متوسط العلامة المتوسطة في نموذج إي تو للطفل الذي يتم تشخيصه على أنه مصاب بالتوحد -20.
2. أما الأطفال الذين تكون علاماتهم -20 أو أعلى، فيعتبرون مصابين بحالة توحد طفولة كلاسيكي مبكر(متلازمة كانر).
3. أما الأطفال الذين تكون علاماتهم -15 إلى +19 فيعتبرون توحديين.
4. بينما الأطفال الذين تكون علاماتهم من -16 وأدنى فيتم وصفهم على أنهم يشبهون التوحديين.

- قائمة شطب السلوك التوحدي (ABC):

The Autism Behavior Checklist

وهي من إعداد كريج، آرليك وألموند (Krug, Arlic & Almond,1980) وصيغت على هيئة 57 مفردة، وكل مفردة تعبر عن سلوك وقد تم تصنيفها إلى خمسة مجالات على النحو التالي:

1. حسية Sensory
2. التعلق Relating
3. استخدام الجسد واستعمال الأشياء Body and Object use
4. المساعدة الاجتماعية والذاتية Social and Self-Help
5. وهي تضم أيضاً عناصر لاكتساب عينات من اللغة والمهارات الاجتماعية، وتشخيصاً لقياس التفاعل، ونواتج التعلم.

▪ مقياس تصنيف التوحد في الطفولة (CARS):

The Childhood Autism Rating Scale

الذي طوره في كارولينا الشمالية، كل من شوبلر، ريشلر ورينر (Schopler, Reichler and Renner, 1980)، وهو مقياس تصنيفي يعتمد على مجموعة شاملة من الملاحظات، وتتراوح العلامات على المقياس (30 – 60) وتصنف على النحو التالي:

1. (15 – 30): غير التوحديين.
2. (31 – 36): متوسطي التوحد.
3. (37 – 60): شديدي التوحد.

▪ الملف النفسي التربوي (PEP):

The Psycho educational Profile

والذي قام شوبلر وريشلر بتطويره (Schopler and Reichler, 1979) وقام شوبلر وريشلر ولانزنج Lansing عام 1980، بتعديله (PEP- R) ويشمل هذا القياس على قيام الطفل بسلسلة من الأنشطة التي تغطي اختباراً للسلوكيات والمهارات المتعلقة بالتوحد، وهو مصمم للتعرف على النماذج التعليمية المتميزة وغير السوية، ويقيس المقياس المعدل (PEP-R) سلوك الطفل في سبعة مجالات وظيفية Function Areas:

1. تقليد — Imitation
2. إدراك — Perception
3. مهارة حركية محددة — Fine Motor Skills
4. مهارة حركية شاملة — Gross Motor Skills
5. تكامل العين واليد — Eye- Hand Integration
6. الأداء المعرفي — Cognitive Performance
7. التلفظ المعرفي — Cognitive Verbal

وبالنسبة للوظائف، هناك ثلاث علامات:

1. ناجح: تشير إلى أن الطفل يفهم بشكل واضح ويقوم بتأدية المهمة.
2. إظهار: تشير إلى أن الطفل لديه بعض الفهم ولكنه لا يستطيع إكمال المهمة.
3. إخفاق: تشير إلى أن المهمة فوق مستوى الطفل من الفهم أو القدرة على الأداء.

وفي أربعة مجالات رئيسة من السلوك Main Areas of Behaviour المتعلق بتشخيص التوحد:

1. التواصل Communication
2. اللعب Play
3. الاهتمام بالمواد Interest in Materials
4. النماذج الحسية واللغوية Sensory Modalities and Language

ويتم تسجيل كل سلوك بإحدى الطرق التالية: (غير موجود، متوسط، حاد).

مميزات الملف النفسي التربوي:

- التعرف الدقيق على مواطن القوة ومواطن الاحتياج لدى الطفل.
- تحديد المجالات التي يمكن من خلالها تحسين مهارات الطفل

انتقاء المهارات التي يجب أخذها بعين الاعتبار عند التخطيط للخطة التربوية الفردية (IEP).

- المقابلة التشخيصية للاضطرابات الاجتماعية والاتصال (DISCO):

The Diagnostic Interview For Social and Communication Disorders

وقد أعدها كل من وينج وجولد (Wing and Gould, 1991)، وهي عبارة عن برنامج مقابلة شبه منظم يجمع معلومات حول 300 سمة من التطور والسلوك، ويقوم بتسجيل التغيرات النمائية.

وهو يستخدم 6 أنظمة تشخيصية يمكن استخدامها مع الأفراد في أي عمر وأية قدرة، كما يمكن ترميز الإجابات وإدخالها في الحاسوب.

- قائمة شطب التوحد للأطفال في سن المشي (CHAT):

The Checklist For Autism In Toddlers

وقد أعدها بارون - كوهين وزملاؤه (Baron - Cohen et al, 1992) وهي مصممة للتعرف على التوحد في سن 18 شهراً، وذلك عن طريق قياس اللعب التظاهري - الإشارات التصريحية الأولية، والتحكم بالتحديق عن طريق تقارير الآباء وملاحظات الممارسين الصحيين، ومن خلال الاختبار المباشر.

- مقياس جيليام لتصنيف التوحد:

The Gilliam Autistic Rating Scale

وهو يحتوي على 56 سلوكاً مصنفاً في أربعة مجالات:

1. سلوكيات نمطية — Stereotyped Behaviours
2. اتصال — Communication
3. تفاعل اجتماعي — Social Interaction
4. اضطرابات نمائية — Developmental Disturbances

ويستغرق إجراؤه من 5 ــ 10 دقائق، ويتم حساب علامة كلية لكل من الاختبارات الفرعية الأربعة ومن ثم تحويلها إلى علامات معيارية تتراوح من (1 ــ 19)؛ وتكون البيانات مقصودة لتشير إلى الاحتمالية ودرجة شدة التوحد: متدن جداً، متدن، تحت المعدل، معدل، فوق المعدل، عالٍ، عالٍ جداً.

(Gilliam, 1995)

وهناك تشويش كبير فيما يتعلق بتشخيص اسبيرجر، حيث يعتبر بعض الباحثين أن المعايير التشخيصية لإسبيرجر في DSM-IV غير كافية، وتكاد تكون مضللة؛ لأنها لا تتفق مع الحالات التي أجريت عليها الدراسة الأصلية التي أجراها هانز اسبيرجر Hans Asperger.

وتقترح عدة دراسات أمثال جازندين، تساي وجازندين؛ مانجيفيونا وبريار (Ghazinddin,Tsai and Ghazinddin 1992 ; Manjviona and Prior 1995)، بأنه إذا تم تطبيق معايير DSM-IV / ICD- 10 الصارمة، يصبح تشخيص الاسبيرجر مستحيلاً.

ولحل هذه المشكلات، طورت بعض أنظمة التصنيف بالإضافة إلى النظامين التصنيفيين الرسميين من قبل جيليبرج (Gillberg,1991)، وقد تضيف هذه التطورات أوصافاً عديدة تؤدي إلى التشويش في تشخيصهم، بدلاً من توضيح الأمر.

وقد يستخدم بعض الإكلينيكيين أوصافاً مثل متلازمة كانر أو توحد كانر، فقد يكون هذا مضللاً أحياناً لأن متلازمة كانر قد تعني توحداً شديداً للبعض، كما قد تعني التوحد عالي الأداء HFA للبعض الآخر، حيث إن كانر قام أصلاً بوصف 11 طفلاً تعرف عليهم على أنهم معاقون عقلياً.

وهناك مشكلة أخرى تتعلق بتعريف الاضطرابات التي تشمل بعض الأعراض التوحدية ولكن لا تنطبق عليها المعايير الكاملة للتوحد Criteria For Autism أو اسبيرجر.

وبما أنه لا يوجد هناك إجماع عام فيما يتعلق بحالتهم وتسميتهم، قد يعطي بعض الإكلينيكيون أوصافاً مختلفة لا تمثل تصنيفات معترفاً بها رسمياً، ولكنها تظهر احتمالاً للإصابة بالتوحد. وتشمل هذه الأوصاف:

- حالات تشبه التوحد Autistic - Like Conditions
- خصائص الميل نحو التوحد Autistic Tendencies \ Features
- السلوكيات التوحدية Autistic Behaviours
- السمات/ الخصائص الشبيهة بالتوحد Autistic-Like Features\ Traits

ويمكن أحياناً تمييز هذه الحالات من خلال إجراءات كمية، فعلى سبيل المثال، يقترح بيتر وجيلبيرج (Peeters and Gillberg,1999) أن أي فرد لا تنطبق عليه المعايير الكاملة للتوحد أو اسبيرجر أو حالات الطفولة المشابهة للتوحد يجب تشخيصه على أنه يعاني من حالات أخرى مشابهة للتوحد، والفرد الذي تظهر لديه ثلاث خصائص أو أكثر ولكن لا تنطبق عليه المعايير الكاملة يجب تشخيصه على أن لديه سمات توحدية.

وبسبب تعقد اضطرابات الطيف التوحدي ASDs، فإن الخطأ في التشخيص لا يزال شائعاً تماماً، وينطبق هذا بشكل خاص على المصابين بالتوحد عالي الأداء، واسبيرجر. والذين ولدوا في الستينيات وما قبل والذين صنفوا على أنهم مرضى عقليون، أو مضطربون انفعالياً، أو أن لديهم اضطرابات في المزاج أو الشخصية، ومازال بعض الإكلينيكيين يلتزمون بالممارسات الماضية ويخطئون في تشخيص التوحد على أنه إعاقة عقلية أو فصام.

وفي بعض الأحيان، يركز الأخصائيون على بعض الإعاقات، بينما يتجاهلون جوانب أخرى من التطور وتكون النتيجة إهمال اضطرابات الطيف التوحدي ASDs، وينطبق هذا بشكل خاص على البالغين الذين تم تشخيصهم على أنهم توحديون في

مرحلة الطفولة، كما أن هناك احتمالاً كبيراً لأن يحدث هذا مع أولئك الذين لديهم قدرة أكبر (Wing, 1998).

ويمكن الخلط ما بين التوحد ومثل تلك الحالات التي تتميز بأعراض مشابهة مثل الإعاقة العقلية، فصام، متلازمة لاندوكلفنر، متلازمة ريت، متلازمة توريت، اضطرابات تشتته، اضطراب قسري استحواذي، اضطرابات لغوية محددة وغيرها من الحالات التي يمكن تشخيصها بشكل خاطئ على أنها توحد كما يتضح فيما يلي:

الحالات التي يمكن تشخيصها بشكل خاطئ على أنها توحد
Conditions Which Can Be Misdiagnosed For Autism

- **الإعاقة العقلية Mental Retardation:**

على الرغم من أن الطفل التوحدي قد يكون مصاباً بدرجة من الإعاقة العقلية، إلا أن تشخيص التوحد ـ وليس الإعاقة العقلية ـ يكون مناسباً إذا انطبقت على الطفل معايير التشخيص في سمات وأعراض التوحد، لأن الأطفال التوحديين كما تذكر وينج (Wing,1979) يحتاجون إلى أسلوب تربوي وعلاج يختلف في مجالات مهمة ومعينة، عن تلك التي يحتاجها الأطفال المعاقون عقلياً.

وللتفريق بين التوحد وبقية الإعاقات الفكرية Intellectual Disabilities، على الأخصائيين تحليل ملف الطفل النمائي، وتحديد المجالات التي تبرز فيها عدم السوية، والأطفال الذين تكون إعاقاتهم الأساسية هي الإعاقة العقلية سوف يظهرون تأخراً في النمو بشكل عام أكثر من الطفل التوحدي.

وفي الوقت الذي يكون فيه تطور الأطفال التوحديين غير سوي ـ تأخر في بعض المجالات، وليس في مجالات أخرى ـ، يميل الأطفال غير التوحديين ممن يعانون من إعاقات فكرية إلى أن يكونوا بطيئين في جميع المجالات، وعلينا أن نلاحظ تطور مهارات اللعب الرمزي Symbolic والاتصالي والاجتماعي، فالتطور الاجتماعي في الإعاقة العقلية دون توحد يكون متأخراً فقط وليس معاقاً.

- **الفصام Schizophrenia:**

الجدل قائم بين البعض - في كثير من الدول وعلى وجه التحديد الدول المواكبة للتحضر - حول أن التوحد هو نوع من أنواع الفصام، وأن فصام الطفولة والتوحد هما نفس المتلازمة بشكل أساسي، أو أن التوحد في الطفولة يتطور ويصبح فصاماً لدى البالغين.

ويفترض بعض الباحثين والأخصائيين (Wing & Atwood,1987) في مجال التوحد، أن التوحد صفة تشخيصية متميزة وصادقة ومختلفة بشكل واضح عن الفصام، وغيره من الأمراض العقلية.

وهناك بعض أوجه الشبه بين التوحد والفصام، حيث إن كليهما يحدثان على طول المليف، فالانسحاب الاجتماعي الشديد والتسطيح الانفعالي الذي يتميز به الفصام الشديد قد يحدث لبس في تشخيصه، ويتم تشخيصه على أنه توحد، ومع ذلك، هناك عدد من الاختلافات بين هاتين الحالتين مما يساعد الإكلينيكيين الخبراء في التمييز بين التوحد والفصام.

- يبدأ التوحد في مرحلة الرضاعة والطفولة المبكرة، بينما يميل الفصام إلى الظهور فيما بعد في الطفولة أو في المراهقة.
- المصابون بالفصام عادة ما يعانون من أوهام وهلوسات لا يعاني منها التوحديون.
- في معظم حالات الفصام، هناك فترات هدوء وأداء سوي بينما لا يتأرجح التوحديون بهذه الطريقة.

- **متلازمة توريت (TS) Tourette's Syndrome:**

تشمل أعراض متلازمة توريت تشنجات لاإرادية، مثل الشخير والوخز، والاستحواذ القسري، واضطرابات قصور الانتباه، والقلق، والاكتئاب، والعنف اللفظي الذي لا يمكن التحكم فيه، وعلى الإكلينيكي أن يكون حذراً من تشخيص التوحد بشكل خاطئ على أنه TS حيث إن علاج هذه الحالة يكون مختلفاً، ومع ذلك، قد يتزامن التوحد مع TS.

- متلازمة ويليام William's Syndrome:

يبدو أن المصابين بهذه المتلازمة كما يقول كل من وانج وبيلاجي (Wang and Bellugi, 1995)، يتميزون بامتلاك مهارات لغوية جيدة جداً، ولكن هذه المهارات سطحية، وتكون اللغة الاستقبالية لديهم سيئة جداً، ويبدو أن الصعوبات الاجتماعية قادمة من العجز الفكري بدلاً من الإعاقة الاجتماعية.

- اضطرابات اللغة Language Disorders:
  - البكم الاختياري Elective Mutism.
  - اضطرابات اللغة الاستقبالية التطورية............ إلخ.

Developmental Receptive Language Disorders,............ etc

قد يبدو التوحد مشابهاً لعدة اضطرابات لغوية معينة، وبما أن إحدى الأعراض الرئيسة للتوحد ـ وهي عادة ما تكون أول عرض أساسي يقلق الآباء ـ هو الاكتساب المتأخر للكلام أو نقص الكلام، فغالباً ما يتم تحويل الأطفال ـ الذين يتم تشخيصهم فيما بعد على أنهم توحديون ـ في المقام الأول إلى معالج نطق، ليقرر فيما إذا كان الطفل مصاباً بالتوحد أو باضطراب لغوي آخر.

ولفهم طبيعة صعوبات النطق التي يعاني منها الطفل، علينا أن نعرف التاريخ النمائي للطفل، وأن نقوم بتقويم ميوله وعلاقاته وأسلوبه في اللعب، وإذا كان الطفل أبكماً، تكون المشكلة التي يجب تحديدها، فيما إذا كان بكماً اختيارياً أو توحداً.

ويظهر بعض الأطفال البكم بعض السلوكيات ذات الانتباه المشترك ـ الإشارة إلى الأشياء من أجل جلبها، إظهار الأشياء وإعطاؤها لأشخاص آخرين من أجل مشاركتهم في نفس اهتماماتهم وغيرها ـ، أما الأطفال التوحديون، فيعانون من صعوبة تأسيس الانتباه المشترك ونادراً ما يستخدمون أية إشارات للتواصل.

وإذا كان الطفل يتكلم على الرغم من اكتسابه للكلام متأخراً، فيمكن التمييز بين التوحد وأي اضطراب لغوي آخر عن طريق تحليل وضع الطفل، فيما إذا كان كلامه يستخدم للتواصل والتفاعل مع الآخرين، أم مجرد أصوات، كما يمكن تحليل الجوانب الشاذة لكلام الطفل ولغته، فالسمات غير السوية للغة التوحدي وكلامه مثل:

1. الترديد المرضي للكلام	Echolalia
2. الكلام المجازي	Metaphoric Language
3. تعبيرات غير مألوفة	Neologisms
4. اللعب بالكلام	Play Whit Words
5. عكس الضمائر	Pronoun Reversal
6. النغمة غير السوية، وغيرها	Abnormal Intonation

كل ما سبق يعكس عجزاً اتصالياً واجتماعياً ومعرفياً، بينما صعوبات الفهم والتعبير اللغوي لدى الأطفال غير التوحديين الذين يعانون من اضطرابات لغوية خاصة يظهرون تطوراً اجتماعياً سوياً نسبياً مع أنه غير ناضج وبطيء، وهم يستطيعون استخدام وسائل أخرى للتعبير عن اهتماماتهم وإيصال حاجاتهم، وأحياناً كما يذكر كل من أرونز وجيتنز (Aarons and Gittens, 1993)، يكون من الصعب إزالة الاضطراب اللغوي عند تشخيص التوحد لدى الأطفال التوحديين ذوي الأداء العالي، ولقد تم إعداد قوائم خاصة لمساعدة الأخصائيين في توضيح الاختلافات.

- **متلازمة لاندو - كليفنر Landou- Kelffner Syndrome (LKS):**

يعاني بعض الأطفال الذين يتم تشخيصهم على أنهم توحديين أو اضطرابات النمو الشامل PDD في الحقيقة من متلازمة لاندو - كليفنر، والتعرف على مثل هؤلاء الأطفال مهم جداً لأن العلاج المبكر لمتلازمة لاندو - كليفنر يمكن أن يأخذ منحى الإصلاح بشكل كامل أو جزئي لغة وسلوك الأطفال الذين يعانون من هذه الحالة.

وعادة ما تصيب متلازمة لاندو - كليفنر أطفالاً أسوياء ما بين عمر 3 - 8 سنوات، ويفقد الأطفال المصابين بهذه المتلازمة كما بين كل من ستيفاناتوس، جريفر وجيلر (Stefonatos, Grover and Geller,1995)، مهارات اللغة الاستقبالية - إما تدريجياً أو فجأة في نفس الوقت الذي يحافظون فيه على بعض اللغة التعبيرية، بالإضافة لذلك، قد تتراوح الأعراض مع وجود فترات من السكون يتبعها التراجع.

ويصاب هؤلاء الأطفال بنوبات إما ظاهرية أو غير ملحوظة، وفي الوقت الذي تبقى نسبة ذكاء الأطفال غير اللفظيين حول المعدل أو أعلى منه، فإن العديد منهم (حوالي 70٪) يطورون أعراضاً مثل:

1. الانسحاب Withdrawal
2. العدوانية Aggression
3. فرط النشاط Hyperactivity
4. إخفاق في القيام بالتواصل العيني Failure to Make Eye Contact
5. عدم الإحساس بالألم Insensitivity o Pain
6. مقاومة التغيير Resistance to Change
7. صوت رتيب Monotonic Voice
8. ترديد مرضي للكلام Echolalia
9. نقص في الكلام Lack of Speech
10. مشكلات في المهارات الحركية الشاملة والدقيقة Problems With Gross And Fine Motor Skills
11. مشية غير عادية Unusual Gait

12 عادات مثل: لعق الطعام أو شمه قبل تناوله

Habits Such as licking or smelling food

Rituals — 13 ممارسة طقوس خاصة به

Unusual Responses to Sound — 14 استجابات غير عادية للصوت

Irregular Sleeping Patterns — 15 نماذج نوم غير منتظمة

ولقد تعرف موريل وويسلر وسميث (Morrell, Whisler and Smith 1995) على الخصائص التعريفية لمتلازمة لاندو ـ كليفنر على أنه خلل حاد في التخطيط الكهربائي للدماغ (Electro Encephalo Gram (EEG)، اختلال شبيه بالصرع وهو اضطراب ثنائي الجانب يحدث في المناطق الصدغية من نصفي الدماغ.

ويعتبر ريملاند (Rimland,1995) أن المشكلة الرئيسة في المتلازمة هي أن معظم الأخصائيين الذين يرون أطفالاً يعانون من حبسة متأخرة في الكلام لا يكونون خبراء في متلازمة لاندو ـ كليفنر، ويقدم ريملاند المجموعة التالية من المعايير لتمييز هذه المتلازمة:

- نمو سوي. Normal Development
- لغة مناسبة للعمر Age-Appropriate Language من 3 ـ 7 سنوات ـ لدى الأطفال الذين يعانون من التوحد، قد تظهر المشكلات قبل سن الثالثة ـ.
- فقدان اللغة الاستقبالية Loss Of Receptive Language في نفس الوقت الذي تبقى فيه اللغة التعبيرية Expressive Language.
- كلام تلغرافي Telegraphic Speech (أي باستخدام أفعال قليلة).
- شكوك بالمعاناة من الصمم. Suspicion Deafness
- طفل محبط. Child Frustrated
- طفل متحير من التغير الذي يحصل له. Child Puzzled
- اضطرابات في النوم. Sleep Disturbance
- خصوصية تظهر بشكل واضح في التخطيط الكهربائي للدماغ. Electro Encephalo Gram (EEG)

- متلازمة ريت (Rett's Syndrome (RS:

في أواسط الستينيات، لاحظ طبيب الأطفال أندرياس ريت Andreas Rett أن بضعة فتيات مترددات على عيادته يقمن بعمل حركات مستمرة وغريبة بأيديهن مثل غسل الأيدي، فرك الأيدي أو التصفيق، فدوّن هذه الملاحظات غير المألوفة، وبالمتابعة توصل في النهاية إلى مجموعة غير عادية من الأعراض لدى هذه الفتيات والبالغ عددهن 31 فتاة، وشملت الأعراض الإضافية:

فرط التنفس	Hyperventilation
حبس النفس	Breath-Holding
بلع الهواء	Air- Swallowing
نوبات ضحك غريبة في الليل	Bizarre Laughing Spells
نوبات صراخ	Screaming Spells
استجابات غير عادية للألم	Unusual Responses To Pain
الميلان الجانبي في العمود الفقري	Scoliosis
أقدام صغيرة باردة وزرقاء، وغيرها	Small Cold Blue Feet

ولقد أطلق على هذه الحالة اسم هذا الطبيب "متلازمة ريت"، وغالباً ما يتم تشخيص الأطفال الذين يعانون من متلازمة ريت RS على أنهم توحديون، وقد لاحظ أنه أثناء المرحلة المبكرة من التطور، يصبح العديد من الأطفال انسحابيين ويفقدون التواصل العيني.

ومع ذلك، فإن للاضطرابين تشخيصين مختلفين، ففي الوقت الذي يتحسن فيه الأطفال الذين يعانون من التوحد إذا ما تلقوا علاجاً مناسباً مع مرور الزمن، إلا أن الأطفال المصابين بمتلازمة ريت يفقدون المهارات التي كانوا قد اكتسبوها من قبل.

وبما أن هاتين الحالتين قد يكون لها أسباب مختلفة، فمن المهم عدم اللبس وتشخيص متلازمة ريت على أنه توحد، وقدم هاجبيرج (Hagberg,1995) أعراضاً لمتلازمة ريت الكلاسيكية على النحو التالي:

- تطور سوي أولي في الطفولة ـ في المرحلة الجنينية وفترة الميلاد وكذلك في أول ستة أشهر أو أكثر.

- نمو متناقص في محيط الرأس ما بين عمر 3 أشهر إلى سن الرابعة.
- فقدان الاستخدام الإرادي لليدين ما بين 9 أشهر إلى عامين ونصف من العمر.
- ارتداد في الحركات الحسية أثناء نفس الفترة الزمنية بما فيها فقدان الكلام أو المناغاة والانسحاب الاجتماعي وإشارات على وجود إعاقة فكرية.
- تطور في فرك الأيدي والتصفيق وغيرها من حركات اليدين غير الطبيعية، ما بين عام واحد إلى ثلاثة أعوام.
- اختلال في المشية والوقوف تتطور ما بين 2 ـ 4 أعوام من العمر.

ويقترح هاجبيرج أربعة مراحل لتطور متلازمة ريت:

1. مرحلة الركود A stagnation Period: وتبدأ عادة قبل سن الثانية وهي المرحلة التي تظهر فيها الأعراض الجسدية والعقلية أولاً.
2. مرحلة الارتداد السريع A stage of Rapid Regression: وتبدأ ما بين العام الأول من العمر إلى العام الرابع.
3. مرحلة الاستقرار الزائف Apseudostationary Period: والتي قد تستمر لعدة أعوام وربما لعقود، والتي تستقر أثناءها الأعراض وتختفي بعض السلوكيات التوحدية.
4. مرحلة التراجع الحركي المتأخرة A stage of Late Motor Deterioration: والتي يفقد فيها المرضى القدرة على المشي، حتى أولئك الذين كانوا قادرين.

ويضيف كل من سميث، كليفستراند ولوفاس (Smith, Klevstrand and Lovaas 1995) خاصية أخرى متميزة لمتلازمة ريت، ويمكن أن تكون هي المرحلة الخامسة:

- مرحلة انعدام الاستجابة الحسية والاجتماعية Unresponsiveness to Sensory and Social Stimuli Period: حيث يمر الأفراد المصابون بمتلازمة ريت بفترات من عدم الاستجابة شبه الكلية للمثيرات الحسية والاجتماعية.

وتعتبر متلازمة ريت مثل التوحد اضطراباً طيفياً، وتميل الفتيات المصابات بنوع خفيف من هذه المتلازمة، إلى المعاناة من مشكلات حركية أقل، كما يحافظ عدد منهن على قدرة جزئية على الكلام، وفي الطرف الآخر من الطيف، هناك الفتيات اللواتي يبدين أنهن غير طبيعيات منذ الولادة، أو يعانين من تراجع سريع بعد ذلك بوقت قصير، وتصل نسبة المعاناة من 5-10% من الفتيات المصابات بمتلازمة ريت بنوبات طفولة

- الاضطراب التشتتي Disintegrative Disorder:

يتبع التطور في الاضطراب التشتتي، والذي يبدو سوياً في العامين الأولين من الميلاد على الأقل ارتداد وفقدان للمهارات التي تم اكتسابها مسبقاً:

1. اللغة التعبيرية أو الاستقبالية Expressive or Receptive Language
2. السلوك التكيفي Adaptive Behaviour
3. المهارات الاجتماعية Social Skills
4. التحكم بالأمعاء أو المثانة Bowel or Bladder Control
5. المهارات الحركية Motor Skills

وتحدث هذه الاضطرابات جميعها قبل سن العاشرة ويفترض أن يكون السبب عائداً إلى مرض عصبي، ويستقر التراجع في النهاية ثم تظهر لدى الطفل أعراض توحدية.

▪ الاضطراب الاستحواذي القسري (Obsessive-Compulsive Disorder (OCD:

بالنسبة للتوحديين، تكون الطقوس والاستحواذات ممتعة ومهدئة، أما بالنسبة للمصابين بالاضطراب الاستحواذي القسري OCD تجلب لهم الأفعال القسرية تعاسة وقلقاً، فهم لا يرغبون في القيام بها ولكنهم لا يستطيعون منع أنفسهم من ذلك، ومع ذلك، فقد يتزامن الاضطراب الاستحواذي القسري مع اضطراب الطيف التوحدي ASDs.

وغالباً ما يحدث أن يأخذ الآباء أبناءهم لعرضهم على عدد من الأخصائيين الذين ينظرون إلى الطفل من خلال منظار ضيق ضمن نطاق تخصصهم، ويحصل الطفل على تشخيص مختلف من كل منهم مع علاج مختلف، فأخصائي اللغة والنطق يقوم بتشخيصه على أنه مصاب باضطراب قسري استحواذي، أما المعالج الوظيفي فيقوم بتشخيصه على أنه مصاب باضطراب تكامل حسي وهكذا، وفي الحقيقة، فإن هذه تكون غالباً مظاهر لنفس الاضطراب الطيفي التوحدي، وقد يستفيد الطفل وكما يقول ستانتون (Stanton, 2001) بشكل هائل من حزمة متكاملة يقدمها فريق متكامل من تخصصات متعددة.

ومع اكتشاف اضطرابات جديدة مثل:

- الاضطراب البراجماتي المتعلق بالمعنى. Semantic Pragmatic Disorder
- اضطراب عجز التعلم غير اللفظي. Non-verbal Learning Disability Syndrome
- الاضطرابات الانتباهية. Disorder Of Attention
- التناسق الحركي والإدراكي. Motor Coordination, And Perception
- متلازمة تجنب المطالبات المرضي. Pathological Demand Avoidance Syndrome

وغيرها من نفس هذا النوع، أصبح تشخيص اضطراب الطيف التوحدي ASDs أكثر صعوبة - ويوضح ذلك فيما سيأتي -، ويجلب التركيز على جانب واحد فقط من الحالة ارتباكاً وحيرة بدلاً من تحديد المشكلة وتعريفها، ومن الممكن تماماً - على الأقل نظرياً - توقع "متلازمة تجنب الاتصال بالعيون" أو اضطراب الاهتزاز" أو "العجز عن المشي على رؤوس القدمين"، وحقيقةً إن جميع التوحديين لا يتجنبون الاتصال عبر العينين أو يهزون أجسادهم أو يمشون على أصابعهم، كل ذلك قد يبرر وجود مثل هذا النوع من المتلازمات المنفصلة.

بعض الاضطرابات الجديدة

Some New Disorder

- اضطراب الشخصية الفصامي Schizoid Personality Disorder:

في عام 1964 قام ولف وتشز Wolff and Ches بوصف مجموعة من الأطفال الذين تم تشخيصهم على أنهم مصابون بالفصام Schizoid، وغالباً ما يكون هؤلاء الأطفال مصابين بـ:

1. فرط الحساسية	Oversensitive
2. انعزال انفعالي	Emotionally Detached
3. وحدة	Solitary
4. متصلبين	Rigid
5. استحواذيين	Obsessive
6. يفتقرون إلى العواطف	Lacking In Empathy
7. معرضين لأفكار غريبة	Prone To Bizarre Thoughts

ويعتقد بعض الباحثين (Wang and Bellugi,1995) أن تشخيص هذا الاضطراب قد يكون طريقة بديلة للنظر إلى اضطراب الطيف التوحدي ASDs على الرغم من عدم وجود تداخل كامل بين الاثنين.

- اضطراب المعاني البراجماتي (Semantic Pargmatic Disorder (SPD:

كان رابن آلين (Rapin Allen, 1983) أول من قام بتعريف هذا الاضطراب، ثم قام بيشوب Bishop بتطويره عام 1989، وهو يستخدم لوصف الأطفال غير التوحديين ولكنهم يظهرون تأخراً لغوياً أولياً وعجزاً في اللغة الاستقبالية، ثم يتعلمون فيما بعد أن يتكلموا بوضوح وباستخدام جمل مركبة مع اختلال براجماتي ودلالات ألفاظ تصبح أكثر وضوحاً مع أزدياد المهارة اللفظية.

والقيود على هذا المفهوم تتمثل في أن الصعوبات الحقيقية والأساسية غالباً ما يتم تجاهلها حيث يؤخذ جانب واحد فقط من تطور الطفل بعين الاعتبار.

- متلازمة صعوبة التعلم غير اللفظي (NLD):

Nonverbal Learning Disability Syndrome

أورد رورك (Rourke, 1989) أن الخصائص العصبية النفسية لمتلازمة صعوبة التعلم غير اللفظي NLD تشبه خصائص اسبيرجر، وهي تشمل عجزاً في:

1. التناسق الحركي النفسي — Psychomotor Coordination
2. التنظيم البصري والمكاني — Visual-Spatial Organization
3. الإدراك اللمسي — Tactile Perception
4. حل المشكلات غير اللفظية — Non- Verbal Problem-Solving
5. الحساب الرياضي — Mathematical Computation
6. المرونة المعرفية — Cognitive Flexibility
7. البرجماتية الكلامية — Speech Pragmatics
8. علم العروض — Prosody
9. تفسير الأشكال غير اللفظية من الاتصال — Appreciation Of Non-Verbal Forms Of Communication
10. مهارات التحكم الاجتماعي — Social Judgment Skills
11. مهارات التفاعل الاجتماعي — Social Interaction Skills

ورأى بعض الباحثين أن معظم الأفراد المصابين باسبيرجر تنطبق عليهم معايير متلازمة صعوبة التعلم غير اللفظي.

في حين يرى آخرون بأن متلازمة صعوبة التعلم غير اللفظي قد تكون حالة أوسع، ولا تنطبق معايير الاسبيرجر على جميع الأفراد الذين يعانون من متلازمة صعوبة التعلم غير اللفظي.

- **عجز التعلم التطوري لنصف الدماغ الأيمن:**
Developmental Learning Disability Of The Right Hemisphere

يتميز هذا الاضطراب الذي تعرف عليه دنكلا (Denckla, 1983) باضطرابات عميقة في ترجمة المهارات الشخصية الأساسية والتعبير عنها.

- **اضطرابات الانتباه والتناسق الحركي والإدراكي DAMP:**
Disorder Of Attention, Motor Coordination, And Perception

تعرف جيلبيرج ورفاقه (Gilberg et al,1982) على مجموعة من الأطفال ينفردون بجملة من المؤشرات في عمليات التناسق الحركي والإدراك والانتباه، فوصف هؤلاء بأنهم يعانون من اضطرابات في الانتباه والتنسيق الحركي والإدراك، وهذه الأعراض يعاني منها العديد من الأطفال التوحديين، وينبثق السؤال فيما إذا كانت هذه الأعراض تعبر عن متلازمة منفصلة أم لا؟ وهذا التساؤل جاء من منطلق أن هذه الأعراض، تتميز بها اضطرابات أخرى علاوة على العديد من الأطفال التوحديين.

وبعض العاملين في مجال التشخيص يكونون غير راغبين في إعطاء تصنيف على أن الطفل يعاني من التوحد وذلك لمنطلقين:

أولاً: عدم إزعاج الوالدين، أو يأملون في أعراض قد تتلاشى بعد فترة - يخضعون الحالة للملاحظة الدقيقة والمتابعة الحثيثة، "التفاعل المصحوب بالتفاؤل" - وقد يفضلون شيئاً غامضاً مثل:

1. اضطرابات النمو الشامل PDD.
2. اضطراب اتصالي مع سلوكيات تشبه التوحد.
3. خلل في التكامل السمعي وغيرها.

وغالباً ما يتساءل هؤلاء الأخصائيون عن الحاجة إلى تصنيف الطفل ويرون بأنهم قادرون على معالجة مشكلات الطفل دون وضعه تصنيفاً معيناً، قد يرى البعض بأن التشخيص يعتبر حيوياً في العديد من الحالات، حيث إن معرفة:

- ما هي المشكلة؟
- وما الوسيلة التي يجب أن نتعامل بها؟
- وما الإجراءات المتوقع اتباعها؟

كل هذه الأسئلة تعتبر من أسس التشخيص، وجودة العمل في تنفيذها يقترب من التصنيف الحقيقي إن لم يكن هو التصنيف الدقيق نفسه.

بالإضافة لذلك، فقد يوضح التصنيف الكثير من السلوكيات التي كان من الممكن تفسيرها دون هذا التصنيف على أنها غير لائقة، وفي النهاية، قد تعطي دقة التصنيف طريق الوصول إلى الخدمات، وتلقي الدعم من الأخصائيين مما يعتبر من العوامل المهمة ليس فقط للطفل ولكن للعائلة كلها.

ثانياً: نقص مراكز رعاية التوحديين، وهنا يتبادر سؤال مهم وضروري ألا وهو: ما الفائدة من تشخيص الحالة إذا لم يكن متوفراً وسائل لعلاجها؟.

وما سبق يسهم إلى حد كبير في تفسير التنوعات والتباينات الإقليمية في تحديد ذوي المعاناة من التوحد، ويتضح ذلك جلياً من قبل الإحصائيات.

فبعض الذين يعانون من التوحد قد يعانون من اضطرابات أخرى ليس لها علاقة بالتوحد، ويركز بعض الأخصائيين على المشكلات المتعلقة بالتوحد، بينما يتجاهلون حالات أخرى يمكن معالجتها، وتكون النتيجة أن يحصل الشخص على التشخيص ولكن يتم حرمانه من المساعدة المطلوبة لتحسين الأداء العام، وبهذا يظهر تحسن بطيء جداً في التفاعل الاجتماعي والاتصال، مهما كان العلاج أو البرنامج التربوي الذي التحق به.

بينما، إذا تمت معالجة هذه المشكلات الإضافية مثل:

1. فرط الحساسية الحسية.
2. المشكلات الأيضية.

قد يكون العلاج أكثر نجاحاً، والمتناقض في الموضوع، أن بعض الأطفال التوحديين يستفيدون إذا ما تم تشخيصهم خطأ على أنهم يعانون من إعاقات بصرية أو إعاقات سمعية، وغالباً ما يحدث هذا مع الأطفال ذوي التوحد متدني الأداء LFA والذين تكون مشكلاتهم الإدراكية الحسية شديدة جداً على الدوام، وعندما تتم معالجة صعوباتهم الحسية، قد يستجيبون للتدخل الاجتماعي والاتصال بشكل أفضل مما لو تم تشخيصهم على أنهم توحديون وتلقوا تدريباً على السلوكيات الاجتماعية والاتصالية فقط.

ويلخص مايك ستانتون (Mike Stanton, 2001) تشخيص التوحد بما يلي:

- وظيفة طبية مع استثناءات ملحوظة ومجهزة بشكل سيئ لتلبية الحاجة المتزايدة للتشخيص حالة لا يزال يساء فهمها بشكل واسع.
- غياب بروتوكولات متفق عليها بهدف توفر القليل من الحوافز للأطباء من أجل إثراء معرفتهم وفهمهم للإجراءات التشخيصية للتوحد.
- نتيجة لذلك، هناك تجاهل مستمر لاضطرابات الطيف التوحدي بين الأطباء الذين يقومون بتشخيص الحالات التي يوجد لها علاج تم إثبات فعاليته.

الانتشار Prevalence:

ويكمن السؤال في:

- هل نعرف الانتشار الحقيقي للتوحد؟
- هل يمثل هؤلاء الذين تم تشخيصهم رسمياً العدد المطلق والطبيعة الحقيقية للحالات الواقعية؟

وإذا ما تذكرنا جميع المتغيرات التي تجعل التشخيص صعباً مثل:

1. صعوبة رؤية التوحد إذا ما كان المصاب به يعاني من مضاعفات لاضطرابات أخرى.
2. أدوات التشخيص المختلفة التي يمكن استخدامها.
3. عدم الاتفاق على صحة المعايير التشخيصية.

4. مصطلحات مختلفة لوصف نفس الظاهرة والمستخدمة من قبل مختصين مختلفين في:

- الطب النفسي.
- علاج النطق والكلام.
- العلاج الوظيفي.
- علم النفس.

مع وجهات نظرهم المتباينة المتبعة في تفسير مستوى خبرة الإكلينيكيين ومختصي القياس والتقويم.

5. عدم الرغبة في تشخيص الحالة بسبب نقص الخدمات.

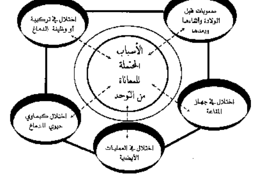
هل يمكن لجميع هذه العوامل أن تجعلنا متأكدين من أن الإحصاءات المقدمة هي تمثيل حقيقي لانتشار التوحد ؟ .

الفصل الثالث
الأسباب
Causes

تجري الكثير من الأبحاث حالياً لدراسة أسباب التوحد في جميع أنحاء العالم، والرأي السائد في هذه الأسباب قد يكون هناك استعداد وراثي، أو ضعف ضمن الأسباب الواردة في هذا الفصل.

ولا يعني الاستعداد الوراثي أن الطفل سوف ينمو وهو مصاب باضطراب انطيف التوحدي ASDs، ولكنه يعني أن الطفل معرض للإصابة به، وأن أية عوامل داخلية أو خارجية قد تطلق تطوراً يؤدي إلى الإصابة بالتوحد.

وعلى الرغم من ذلك، يمكن أن تكون الأسباب المحتملة للمعاناة من التوحد كما توضح بالشكل التالي:



شكل رقم (2 ـ 1/3)

الأسباب المحتملة للمعاناة من التوحد

وانطلاقاً من هذا المخطط السهمي يمكن التطرق لتوضيح هذه الخماسية على النحو التالي:

صعوبات قبل الولادة وأثناءها وبعدها:

Pre-, Peri-,& Postnatal Difficulties

أظهرت الأبحاث أن أمهات الأطفال التوحديين قد يواجهن مشكلات خلال الحمل والولادة، ومع ذلك، لم يتبين فيما إذا كانت هذه الصعوبات تسبب الإصابة بالتوحد، أو أن التوحد هو الذي يسبب مشكلات في الحمل والولادة، ولقد تم رصد مجموعة من العوامل الأكثر ارتباطاً بالإصابة بالتوحد، يمكن سردها على النحو التالي:

1. **عوامل ما قبل الولادة:** تسمم الدم، الحصبة الألمانية.
2. **عوامل ولادية:** صدمات، نزيف حاد من الشهر الرابع وإلى الشهر الثامن من الحمل، تناول الأدوية خلال الحمل.
3. **عوامل ما بعد الولادة:** عسر الولادة، قلة تدفق الأكسجين، إنعاش الوليد، التهاب الدماغ ما بعد الولادة.

اختلال في تركيبة أو وظيفة الدماغ:

Structural and\ or Functional Brain Abnormalities

ولقد وجدت مجموعة من الاختلالات البنائية في أجزاء مختلفة من أدمغة التوحديين، ولم يتبين من الدراسات وجود اختلال محدد قد يؤدي إلى الإصابة بالتوحد، ولا يوجد في حالات أخرى.

فلقد أشار العديد من الباحثين منهم: أرين، بومان وكمبر؛ بومان؛ بومان وكمبر؛ بيلي، فيليب ورولر (Arin,Bauman and Kemper 1991;Bauman 1991;Bauman and Kemper 1985;Bailey,Philip and Rutler 1996) إلى تناقص في كثافة خلايا بيركنجي Purkinje Cell في مخيخ الأشخاص التوحديين، ولم يتبين وجود

اختلال كلي، فلقد كشفت قياسات لأدمغة أربعة أطفال توحديين بعد الوفاة أن ثلاثة منها كانت أثقل من المتوسط، كما أظهرت الدراسات أن أكثر من ثلث العينة من التوحديين لديهم زيادة في محيط الرأس.

ولا يعتبر هذا الإقرار صحيحاً على المطلق، حيث لا يمكن لحجم الرأس الزائد وحده أن يسبب التوحد، فالعديد من الناس من ذوي الرأس الكبير ليسوا توحديين، وقد تكون إحدى التفسيرات أن كبر الرأس قد يكون ناتجاً عن عملية عرضية تدل على وجود أعراض توحدية.

ولقد كشف العديد من الباحثين أمثال: كورشيسن، تونسند وسميث (Courchesne, Townsend and Saith 1991) من خلال تحليلات صور الرنين المغناطيسي (Magnetic Resonance Imaging (MRI لدى أدمغة أفراد توحديين عن وجود اختلالات في المخيخ أجرها كورشيسن (Courchesne 1995,1996) عن وجود خلل تشريحي في المخيخ لدى أفراد التوحد، يبدأ في مرحلة مبكرة خلال النمو مع وجود منحنى ارتدادي يوحي بأن "البداية كانت قبل الولادة".

والظاهر أن التلف الدماغي يحدث قبل الولادة أو بعدها بوقت قصير، والأسباب غير معروفة ولكنها قد تتضمن:

1. وجود عيوب وراثية.
2. نقص في إمداد الأكسجين في مرحلة الجنين أو خلال الولادة.
3. عدوى.
4. اضطرابات أيضية.
5. التعرض للسموم.

ووجد هاشيموتو ورفاقه (Hashimoto et al.1995)، أن حجم المخيخ وجسر الدماغ قد ازدادا بطريقة مناسبة نمائياً لدى كلٍ من المجموعة التوحدية

والمجموعة الضابطة، مما يعني أن التغيرات لدى أفراد العينة من التوحديين ليست عملية تضخيم عشوائي أو تفسخ مستمر، بل قد تحدث في وقت مبكر من النمو.

ويعتبر كورشيسن (Courchesne 1995,1996) أن الفقدان التطوري المبكر للعصبونات الدماغية يغير مجموعة الدوائر الدماغية الداخلية مما ينتج عنه نشاط عصبوني غير سوي، ويفترض كورشيسن أن هذا النشاط الدماغي المختل قد يخلق نظاماً مختلاً يعمل في العديد من الأنظمة المرتبطة تشريحياً مع المخيخ، وأن نموذج النتائج التشريحية في القشرة الدماغية والجهاز الطرفي وجذع الدماغ لدى التوحديين قد يتم فهمه من خلال النشاط الدماغي غير السوي الذي يغير تطور الدماغ.

ويستنتج المؤلفان أن التوحد ناتج عن عملية تطور عصبية أساسية يؤدي فيها النشاط غير الطبيعي للمخيخ إلى خطأ في تنظيم وتحديد الشكل العصبي والوظيفة العصبية للعديد من الأجهزة، والأكثر من ذلك، قد يكون هناك احتمال لوجود عوامل وراثية، أو غير وراثية قد توقف أو تزيد هذا الخلل الدماغي المفترض والذي يؤثر على تطور الدماغ.

اختلال كيماوي حيوي للدماغ:

Abnormal Biochemistry Of The Brain

أجريت العديد من الدراسات (Cook et al.1994)، لتقرير اختلال الناقل العصبي في التوحد، ولقد تم الإشارة إلى وجود مستويات عالية من السيروتونين في الدم لدى (25٪ ـ 30٪) من الأطفال التوحديين ـ وليس من الواضح فيما إذا كانت هذه النسبة العالية من السيروتونين تعني وجود نسبة عالية منه في الدماغ أيضاً، ولم تكشف الدراسات التي أجريت على النواقل العصبية عن أي اختلال ثابت لدى التوحديين.

اختلال في العمليات الأيضية Metabolic Abnormalities:

لقد رأى كل من شاتوك وسيفري (Shattock and Savery,1996)، أن التوحد قد يكون نتيجة لاضطراب أيضي، أو تأثيراً لمجموعة مجتمعة من الاختلالات الأيضية، والتحطم غير الكامل لأنواع من البروتين، وليس بالضرورة، أن يكون مقتصراً على الجلوتين من القمح وبعض أنواع أخرى من الحبوب والكازين من الحليب ومنتجات الألبان، والتي قد ينتج عنها ببتيدات Peptides يمكن أن تكون نشيطة حيوياً، ويعرف هذا باسم متلازمة البطن الراشحة Leaky Gut Syndrome، وفي العديد من الحالات، يرتبط التوحد بمشكلات هضمية مثل البطن المسهولة "الراشحة".

ولقد بينت بعض الدراسات مثل دراسة "وريلي ووييرنج (O'Reilly and Waring,1993) أن بعض الأطفال الذين يعانون من توحد متأخر الظهور يعانون من أمراض في القولون يتميز بحساسية تجاه الجلوتين، والجينات المضادة التي ينتجها الكازين والجلوتين تسبب تلفاً في الجدار المعوي الذي يقود إلى نفاذية المواد الغذائية وسوء امتصاصها.

وهذا يعني أن البكتيريا والسموم وأجزاء الطعام غير المهضومة تتسرب إلى مجرى الدم، وأكثر الأعراض انتشاراً:

1. الإسهال. Diarrhea
2. فقدان الوزن. Weight Loss
3. الغازات. Gas

وعندما لا يتم هضم البروتينات بشكل جيد، فإنها تتحول إلى ببتيدات تشبه المورفين في طبيعتها وتعمل مثل المخدر، وهي تؤثر على النقل العصبي وقد تقود إلى سلوكيات يتميز بها التوحد مثل:

1. صعوبات سلوكية.
2. صعوبات تتعلق باللغة.

وأظهرت دراسات أخرى وجود اختلال في العمليات الأيضية في التوحد ناتج عن عجز في الأنزيمات والكبريت لدى الأفراد التوحديين.

اختلال في جهاز المناعة A Dysfunctional Immune System:

أقر كلٌ من كوبا ورفاقه؛ وكومي ورفاقه (Cupa et al.1996; Comi et al.1999) أن العلاقة بين الأدلة التي تربط التوحد مع جهاز المناعة هي علاقة عكسية، بمعنى أن الأدلة التي تربط التوحد تتزايد مع وجود اختلال في جهاز المناعة.

ولقد ظهر مؤخراً مزيد من الاهتمام بالمطعوم الثلاثي الفيروسي MMR والحصبة Measles والنكاف Mumps والحصبة الألمانية Rubella على احتمال أن يكون عاملاً مسبباً للتوحد.

وقد قام أندرو ويكفيلد (Andrew Wakefield,1998) بنشر بحث علمي، وصف فيه كيف اكتشف هو وزملاؤه نموذج التهاب الأمعاء والذي وصف بأنه التهاب معوي، والتهاب في القولون ذو طابع خاص، لدى اثني عشر طفلاً يعانون من توحد متأخر الظهور. ونقل أندرو ويكفيلد عن آباء ثمانية من الأطفال قالوا بأن سلوكياتهم بدأت بالتراجع بعد أن أخذوا مطعوم MMR .

ومن هنا رأى ويكفيلد بأن هذا المطعوم قد يسبب التوحد واضطرابات معوية لدى بعض الأطفال، ولقد هوجم هذا الرأي بشراسة من قبل الجهات الصحية والحكومية لأنه سبب قلقاً لا داعي له بين الآباء، وتم الدفاع عن مطعوم MMR على أنه آمن وفعال.

ولقد كانت هناك العديد من الدراسات التي أظهرت نتائج مثيرة للجدل نستنتج بعضها:

1. عدم وجود رابط ما بين مطعوم MMR والتوحد، بينما ادعى آخرون أنهم وجدوا دليلاً على هذا الرابط.

وقد تم تتبع الأطفال في بعض الدراسات لمشاهدة آثار جانبية لمدة 3 أسابيع، أسفرت عن اتجاهين آخرين.

2. أظهر الفريق المعادي لطعوم MMR شواهد من الزيادات الهائلة التي حدثت في عدد المصابين بالتوحد، والتي لا يمكن تفسيرها، فقط بالتحسن في التشخيص.

3. وهناك وجهة نظر ثالثة تتعلق بهذه القضية المثيرة للجدل، فقد يكون مطعوم MMR آمناً بالنسبة للغالبية من الأطفال، ولكن بالنسبة لبعضهم – ممن يكونون على استعداد وراثي للإصابة بالتوحد – قد يكون سبباً في تطور التوحد.

قضية مثيرة للجدل

التعليق على هذه القضية سواء لصالح مطعوم MMR أو ضده، وما يقال بأنه المسبب الرئيس للتوحد، يبقى خارج نطاق التربويين، والواضح أن هذه القضية مثيرة للجدل وتحتاج إلى دراسات طويلة الأمد لمعرفة فوائد هذه المطاعيم مقابل مخاطرها، ولكن إلى الوقت الذي يتأكد فيه أمر المطعوم، جدير أن نتذكر مبدأ أبوقراط - أولاً: لا تؤذي -. وعلى الأطباء أن لا يستمعوا لمخاوف الآباء فقط، بل أن يعلموهم أيضاً بالمخاطر المحتملة للمطعوم، كما يجب أن تكون كل حالة فردية.

وإذا كانت هناك أية مخاوف - بسبب التاريخ الوراثي مثلاً - يجب تقديم المطعوم على شكل جرعات منفصلة، وأن يكف فريق من الأخصائيين والذي يلقي باللوم على الآباء بأنهم السبب الرئيس وراء مشكلات أبنائهم.



الفصل الرابع

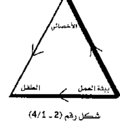
التطور

Development

لا يكفي أن نبعث أولئك الذين سيعملون مع الأطفال التوحديين في دورة تدريبية لمدة يوم، ونعتبرهم أصبحوا مؤهلين لتشخيص وتعليم ومعالجة التوحديين، حتى وإن كانت لديهم عاطفة وشفقة مع الأفراد الذين يعانون من التوحد، فالتعامل الصحيح والناجح يعتمد على المعرفة والخبرة والسمات الشخصية لأولئك الذين يتعاملون مع التوحديين، يحاط ذلك بهالة من العاطفة والمحبة والقبول للأفراد ذوي التوحد بالإضافة إلى الحكمة واليقين في إجراء عمليات التطوير والتحسين لحالات هؤلاء الأفراد، وغالباً ما يخفق الأخصائيون من ذوي النوايا الحسنة مع التوحديين، ولم يتمكنوا من مساعدة العديد من هؤلاء الأفراد، حيث شعر العديد من التوحديين بالمهانة، وقد أوذي بعضهم بسبب إساءة الفهم وإساءة تفسير الحالة.

والأخصائيون غير المطلعين ليسوا بلا فائدة فقط، ولكنهم يشكلون أيضاً خطراً على هؤلاء التوحديين، فالأخصائي من نوع " إن فهمي للتوحد هو..........."، هو في حقيقة الأمر يعرقل تطور التوحديين الذين يعمل معهم.

ولإبراز دور الأخصائي في المركز، وما ينبغي أن يفعله من أجل مهامه، في إطار بيئة العمل واحتياجات الفرد العميل، وإذا وعى لذلك، فإن ثلاثية العطاء تقترب من الصلاح، والشكل التالي يوضح صلاحية العطاء الناتج عن التأثير والتأثر فيما بينهما.



شكل رقم (2 ـ 4/1)

ثلاثية التأثير الفعّال

ومن منطلق الشكل رقم (2 ـ 4/1) يمكن طرح سيناريو يبرز تباين العطاء على النحو التالي:

The Scene المشهد

مركز رعاية لمراهقين توحديين يتكون من ثلاث غرف: مطبخ، وغرفة طعام، وحمام، حيث لا يعرف الطلبة الغرفة التي سيعملون بها ومع من سيعملون اليوم، وغداً، وكل يوم، ويعتبر الذهاب إلى المركز "أمراً روتينياً يومياً".

والفلسفة التي يؤمن بها المدير المسؤول عن المركز ـ وذلك عند سؤاله عن البرنامج المطروح ـ، تتلخص في:

- لا يحتاج التوحديون إلى نظام، عليهم أن يتعلموا أن يكونوا مرنين.
- كل ما يحتاجه الأطفال هو الشعور بالأمان والسعادة.

ويستطرد المدير بقوله: إن هذا أكثر أهمية من أي حكم أو دستور أو نظام أو لائحة أو برنامج مع بعضهما البعض، وأؤمن بأنه أسلوب منهجي متساو، وكل ما يجب عمله هو تغيير البيئة من أجل الطفل.

Personality الشخصيات

(بسام، رمزي، سامي، لؤي، جهاد، منتصر، سفيان، لويس، أمير)، تسعة من الطلبة يعانون من اضطرابات طيف التوحد ASDs ؛ وثمانية من البيئة التدريسية (معلم ومساعدو هيئة تدريس).

في تمام الساعة 9:00:

يصل أربعة من الطلبة وهم (بسام، رمزي، سامي، لؤي)، ثلاثة منهم ذهبوا مباشرة إلى المطبخ للبحث عن عصير وبسكويت، وبقي لؤي في الخارج ليلعب الكرة.

بينما كان جهاد، منتصر ـ المصابان بأسبيرجر ـ يتحدثان عن عطلتهما الأسبوعية ؛ وسفيان يجلس على المقعد.

أما (لويس، أمير) فلا يعرفون ما عليهم أن يقوموا به، ولذلك، فهم يسيرون من غرفة إلى أخرى.

ومستوى الصوت عال جداً لدرجة أن لويس يقوم بتغطية عينيه ويبدأ بالصراخ، فيصرخ جهاد ومنتصر بغضب ويقولون له: اخرس.

وهنا يتدخل أحد أفراد الهيئة التدريسية ويصطحب لويس إلى الحمام حيث يجلس على الأرض ويغطي أذنيه ويبدأ بالاهتزاز.

وبعد نصف ساعة أي في تمام الساعة 9:30:

يقوم ثلاثة من أعضاء الهيئة التدريسية مع ستة أطفال بعمل الواجب المدرسي، ويبقى سفيان جالساً على المقعد، فهو لا يزعج أحداً، لذلك ترك وشأنه.

يستخدم بعض أعضاء الهيئة التدريسية الحاسوب الموجود في الغرفة التي يحاول فيها ستة أطفال أن يركزوا على عمل الواجب المدرسي، ويقومون بإعداد المادة المحوسبة للدرس التالي، وفي نفس الغرفة يتحدث عضوان من الهيئة.

وفي الساعة 9:45:

يدخل المعلم الصف ويسأل المساعدين عن النماذج التي كان عليهم ملؤها في اليوم السابق، يستمر النقاش عندما يقوم بسام برمي قلم على الأرض، ويرفض أحد المساعد، واستغل سامي الفرصة واتجه إلى الحاسوب ليرى ما هو معروض على الشاشة.

وبعد خمس دقائق:

يدخل جهاد الغرفة ويصر على أنه بحاجة للحاسوب لإكمال مشروعه، فيصرخ لؤي عليه لأنهم أخبروه بأن دوره التالي ليلعب على الحاسوب، فتبدل جهاد ولؤي الصراخ بشكل متكرر، فيقول أحدهم: اخرس، فيرد الثاني عليه: اخرس أنت، وفي هذه الأثناء يبدأ سامي بالاهتزاز والبكاء، ويذكر بعض الطلبة أن لويس لا يزال في الحمام.

وبعد دقيقتين:

يرن جرس الهاتف ويبدأ المعلم بمحادثة طويلة، بسام يصرخ ويجري ويخرج من الغرفة ويسقط الحاسوب على الأرض، فالتقى بسام بنفسه على المقعد في غرفة أخرى وكان

سفيان بها مستغرقاً في النوم، وتفاجأ سفيان فقام بضرب بسام، يحاول المساعد أن يوقفهما بينما يجري الطلبة الآخرون من حوله (بعضهم يصرخ والبعض الآخر يضحك).

وبعد ثلاث دقائق أي في تمام الساعة 10:00؛ انتهت الحصة الأولى.

هذا السيناريو ليس خيالياً - على الرغم من أنه ليس نمطياً -، لأنه وضّح بيئة أسست على الإيواء، فكان هذا هو حالها كما أورد، ولقد حكت إحدى الأمهات - التي كان ابنها يذهب إلى مركز إيوائي - بعد أن نتهي الأمر بابنها إلى دخوله المستشفى، لقد ضربه مسؤول المركز الذي لا يعرف شيئاً عن التوحد.

وفي هذا السياق نقل أحد أولياء الأمور ابنه من هذا المركز، - حيث كان الابن يتسم بالعدوانية والتصرفات العشوائية وكثير من السلوكات غير المرغوبة -، وبمرور الأيام بعد انتقاله إلى المركز الجديد، اختفت انفجاراته العدوانية، ولوحظ تقدمه في جميع مجالات التطور، ولقد بدى الأمر بالنسبة لوالده وكأنه معجزة، ولكن الذي حدث أن المركز الجديد يتسم بالنظام ولديه هيئة مدربة جيداً.

ولسوء الحظ، يوجد هناك مراكز كالتي وردت في السيناريو، وفي مثل هذه الحالة، وبالنسبة للهيئة، فإنه مكان للعمل، بينما بالنسبة للطلبة ،فهو خدمة إيواء لا أكثر. فالفارق كبير بين الإيواء والتنمية حيث يذكر الإمام (2010) أن الإيواء يعني مجرد حجز الأولاد داخل جدران المركز، وتلبية غرائزهم، وسد حاجاتهم بالمهارات الاستقلالية الأولية، غير مكترثين بتعليمهم المهارات الحياتية والمعرفية، بينما المراكز الهادفة إلى العملية التنموية، تبحث في نقاط القوة لدى نزلائها ،والعمل على تنميتها لمواجهة متطلبات الحياة، وإعدادهم الإعداد الأمثل وفقاً لقدراتهم وميولهم واستعداداتهم.

فعلى هذا السياق أضاع العديد من المتوحدين سنوات من عمرهم في المراكز الإيوائية، وبالنسبة لبعضهم، فقد كانت جحيماً حسيباً، وبالنسبة لآخرين، كانت عبارة عن مكان يمكنهم أن ينسحبوا إليه من العالم الخارجي مع عدم القيام بأي شيء.

قضية مثيرة للجدل

يسعد وني الأمر عندما يجهز ابنه للذهاب إلى المركز في كل صباح، ويسعد أكثر عندما يستشعر بالتعامل الجيد، ويكون في قمة السعادة عندما لا يوجد شكوى من المركز فيما يتعلق بالعدوانية ونوبات الغضب التي كانت مصدر قلق في الأماكن الأخرى، ولكن يساوره الشك متسائلاً:

1. هل أنت على وعي بما يجري خلف الأبواب المغلقة من الساعة الثامنة وحتى الساعة الثانية؟
2. هل أنت متأكد من تلبية حاجات طفلك ومن معالجة مشكلاته؟
3. كيف يمكنني أن أتأكد من أن الناس الذين يعملون مع طفلي يفهمون مواطن عجزه وقوته، ويستخدمون الأساليب المناسبة لمساعدته في تحقيق إمكانياته؟

لقد اعتقدت أن كل شيء على ما يرام حتى تلقيت مكالمة هاتفية مرعبة من المركز:

نحن آسفون يا سيدي: إن ابنك في المستشفى، هل يمكنك الإسراع في المجيء؟ .

فحدثت نفسي لماذا يسمح لمثل هؤلاء الناس أن يعملوا مع الأطفال التوحديين؟

فقط لأنهم يستطيعون التحدث عن التوحد وأن يستخدموا العديد من الكلمات الأكاديمية، والتي غالباً ما تكون غير مترابطة ـ عندما تكتب ما يقولونه وتقرأه فيما بعد ـ تجد أنه خليط عشوائي من الكلمات التي ليس لها معنى، وفي الحقيقة، فإن معرفتهم محدودة، وهم لا يعرفون الكثير عن التوحد وطرق علاجه، وما يؤلمني بشكل كامل، أنهم لا يعرفون، ويدّعون المعرفة ـ لك الله يا ولي أمر الطفل التوحدي، والذي تتعامل مع المراكز الإيوائية ـ

إذا احتاج طفل ما إلى عملية جراحية لإزالة الزائدة الدودية، فنحن لا نأخذه إلى طبيب الأسنان، فليس جيداً بما يكفي أن يعرف طبيب الأسنان مكان الزائدة وأن يستطيع التحدث عن الأدوية، لماذا نسمح لأولادنا التوحديين أن يعالجهم أناس غير متخصصين؟

إن الآباء غالباً ما يكونون مسلوبي الإرادة ليقوموا بعمل أي شيء، ولا يوجد هناك العديد من المراكز المتوافرة ليتم الاختيار منها، فغالباً ما يسمع الآباء، إذا كنت غير سعيد، فأنت حر في أن تأخذه وتعلمه في البيت، والعديد من الآباء المتهورين يقومون بعمل ذلك.

وهناك مشكلة أخرى قائمة بين الأخصائيين والآباء، وهي إذا كان الأخصائيون لا يعرفون ما ينبغي أن يقوموا بعمله ولا يستطيعون التحكم بالوضع القائم، لمَ لا يغيرون مهنتهم؟، فمراكز رعاية التوحديين هي للتوحديين، وإذا كان جميع التوحديين خاضعين ومن السهل التعامل معهم، لن يكون هناك أية حاجة لوجود هذه المراكز، كما لن تكون هناك حاجة لاستخدام العاملين.

ونحن بحاجة ماسة إلى تطوير وتدريب أولئك الذين يعملون مع التوحديين: عليهم أن يكونوا متدربين جيداً على متطلبات التوحد، قبل أن يبدأوا العمل مع التوحديين، وأن يحصلوا على متابعة وتحديث لمعرفتهم والحصول على أحدث البيانات المتعلقة بالأبحاث والتطورات الجديدة في الميدان.

ولسوء الحظ، ففي الوقت الحاضر، من الممكن للأخصائيين غير المتدربين على التوحد أن يبدأو العمل مع التوحديين، وبهذه الطريقة، يبقى الآباء والأطفال ضعيفين جداً، ولا يزال هناك الكثير مما يعتمد على النوايا الحسنة للأخصائيين وصناع القرار، ويعتبر البرنامج التدريبي المتخصص بشكل كامل لأولئك الذين اختاروا العمل مع التوحديين ضرورة ملحة، وينظر في الوقت الحاضر إلى التدريب على أنه شيء يجري في أوقات الأزمات فقط (Peeters and Gillberg, 1999).

والأكثر من ذلك، يجب أن يكون التدريب إجبارياً ليس فقط لأولئك الذين يعملون مباشرة مع التوحديين، ولكن أيضاً لأولئك الذين لهم تأثير غير مباشر على حياتهم. والمقصود هنا فريق الحاجات التربوية الخاصة Special Educational Needs (SEN)، والخدمات الاجتماعية والتربوية والعمال والإداريين، وأولئك الذين يصنعون القرارات المتعلقة بمدى مواءمة مراكز الرعاية والعلاج والدعم المادي للعائلات.

محاور التدريب لجميع العاملين في مجال التوحد:

يقدم كل من بيترز وجيلبيرج (Peeters and Gillberg,1999) خمسة محاور من التدريب لجميع العاملين في مجال التوحد، وهي كما يلي:

1. معرفة نظرية سليمة بالتوحد: لا يمكن لأحد أن يعمل مع التوحديين دون أن يفهم ما هو التوحد، فمعلم المكفوفين عليه أن يعرف ما يعني كف البصر، وأخصائي الصمم عليه أن يكون ملماً بآثار الصمم على التطور، ولهذا السبب، فإن الفهم الواسع لاضطرابات الطيف التوحدي أمر ضروري لأولئك الذين يعملون في مجال التوحد.
2. تدريب على القياس كأساس لبرنامج فردي في التربية.
3. تكيف بيئي للحالة: إن عالم الفرد التوحدي لا يمكن التنبؤ به، وهو عبارة عن مجموعة من الأحداث والأشخاص والأماكن والمشاهد المربكة، وقبل أن نبدأ بتعليمهم، علينا أن نتكيف مع البيئة، وأن نجعلها آمنة ويمكن التنبؤ بها، وإلا لن يكون التعلم ممكناً (Jolliffe et al, 1992).
4. الإعداد الوظيفي لسن البلوغ.
5. الطريقة التي يجب من خلالها تعديل التدريب والتربية حسب التوحد.

ومن المهم أن نتذكر أن التدريب لا ينتهي أبداً، إذا لم يتوسع التعلم في التوحد فقد يتقلص، والتدريب المنتظم أثناء الخدمة وغيره من أشكال التدريب البعدي، لا يعتبر ترفاً، بل ضرورة.

ولا يجادل أحد بأن العمل مع التوحد صعب جداً وهو عمل متطلب ومتحدي، ولهذا السبب، يجب إعطاء العاملين في هذا الميدان ليس التدريب فقط، بل الدعم أيضاً والمساعدة عندما يكون ذلك ضرورياً. ولا يجب أن يشعر الأخصائيون بالخجل من طلب المساعدة أو حتى من أن يطلبوا من أخصائيين آخرين أن يروا ما يقومون بعمله، أو أن يشاركوهم أفكارهم وشكوكهم، وأن يعطوهم النصيحة المتعلقة بكيفية تحسين الوضع أو حل مشكلة معينة.

الآباء شركاء

من المهم الاستماع للآباء والارتباط معهم كشركاء، وغالباً ما يملك الآباء معلومات جديدة ومفيدة للمشاركة، ولقد آن الأوان للنظر إلى الآباء على أنهم جزء من الحل،

وليس النظر إليهم على أنهم شر لا بد منه.

الأخصائيون أمناء

يحتاج الأطفال غير العاديين إلى أخصائيين غير عاديين، وعلى الأخصائيين أن يكونوا مختلفين نوعياً،

من أجل مساعدة أولئك الأشخاص ذوي اضطرابات النمو الشامل،

ومن غير المفيد أن نجبر شخصاً على العمل

مع هذه الفئات من الأطفال. . . . .

فإن هذا غير مجد.

الفصل الخامس
الـنـظـريـــــات
Theories

اعتماداً على الاهتمامات وميادين الخبرة والمخزون المعرفي لكل باحث، أنشأ العديد منهم تراكيب نظرية تستند على افتراضات نفسية مختلفة.

وبما أن مظاهر التوحد كثيرة، فيمكن لأية نظرية أن تفسر على الأقل، بعض خصائص الحالة، وفي هذا السياق تنوه ريتا جوردان (Rita Jordan,1999) على مجموعة من المعايير الضرورية لاعتبار نظرية ما مفيدة، وهذه المعايير تدور حول:

- يجب أن تفسر النظرية جميع الخصائص السلوكية، التي تميز اضطرابات الطيف التوحدي ASDs عن الحالات الأخرى، وعن التطور السوي.
- لا يجب أن تقوم النظرية بالوصف فقط، بل يجب أيضاً أن تقوم بتفسير كيف يمكن أن يكون ثالوث الإعاقات مرتبطاً مع بعضه البعض.
- يجب أن تفسر النظرية آليات نفسية متعددة – يمكن أن تكون سمات مشتركة في التوحد – والوسائل التي يمكن من خلالها أن تعمل هذه الآليات مع بعضها البعض لإبراز حالة التوحد.

وفي هذا الإطار، لا نجد تفسيراً عالمياً واحداً للتوحد يمكن أن يلبي جميع هذه المعايير، ونقدم فيما يلي كلاً من:

1. النظريات القديمة والراسخة – مع أنها منتقدة –.
2. النظريات الحديثة القديمة – التي نشأت في الماضي وتم تجاهلها حتى وقت قريب –.
3. النظريات الجديدة الواعدة في ميدان التوحد.

ولا يزال هناك عدد قليل من الأخصائيين ممن يتمسكون ببعض آراء بيتلهيم Bettelheim، وفي بعض الأحيان، يتم تعديل نظرية بيتلهيم، ولكن الأساس الرئيس يبقى كما هو، فعلى سبيل المثال، ادعى نيكو واليزابيث تنبيرجن (Nico & Elizabith Tinebergen) أن التوحد ينجم عن تعطل عملية الارتباط ما بين الأم والطفل، وتقدم هذه النظرية أساس الشفاء ـ نظرية الاحتضان التي افترض أنها تعيد هذا الارتباط (Tinebergin and Tinebergen, 1972 ,1984).

نظرية العقل "Theory of Mind "ToM:

أثارت نظرية العقل كمية هائلة من الأبحاث الكثيرة في مجال العجز المعرفي لدى الأفراد التوحديين، كما أثارت الكثير من النقد.

- ولقد أظهر كل من جوردان وبويل (Jordan and Powel, 1995)، أن نظرية العقل لا تتطور لدى الأطفال الأسوياء قبل سن الرابعة، بينما يمكن مشاهدة التوحد بوضوح قبل هذا العمر.
- مع أن بارون كوهين (Baron - Cohen,1998) يدعي أن نقص نظرية العقل يبدو وأنه جوهر الاختلال في التوحد لأن العمر العقلي قد يظهر في درجات مختلفة بدءاً من الحاد إلى المتوسط ثم الخفيف، إلا أن بعض الأطفال ذوي التوحد يجتازون الاختبار، و بعض الأطفال من غير التوحديين يخفقون في اجتيازه.
- وتدعم هابي (Happe') كما ورد في بارون كوهين (Baron - Cohen,1998)، الادعاء القائل بأن صعوبات نظرية العقل موجودة لدى جميع المصابين باضطرابات الطيف التوحدي ASDs، ولا يمكننا التساؤل فقط لأن نسبة من الأطفال المصابين باضطرابات الطيف التوحدي يجتازونها.

وتصر هابي (Happe') على أن هؤلاء الأطفال لن يجتازوا الاختبار لو أن الاختبار كان مناسباً للعمر العقلي الصحيح، ومع ذلك، ما هو العمر العقلي الصحيح

للأطفال التوحديين من أجل القيام بمهام نظرية العقل ToM؟ فهم يظهرون مساراً مختلفاً جداً عن التطور وغالباً ما تكون نتائج اختبارات الذكاء المختلفة متناقضة و لا يمكن الاعتماد عليها، ولتحديد العمر العقلي الصحيح، علينا أولاً أن نحسب المعايير الصحيحة لقياسه، ولم يتم القيام بهذا بعد.

- يقر كل من دانجرين ورفاقه؛ موريس، ستيرنيمان وشيلبان (Dahlgren et al. 1996 ; Muris,Steerneman and Chelbon 1998)، إن نقص ToM غير مقتصر على التوحد فقط؛ بل يمكن مشاهدته لدى أشخاص مصابين بإعاقات أخرى.

وأخيراً وليس آخراً، أخفقت نظرية العقل في تفسير مواطن قوى ومواطن ضعف معرفية أخرى وسلوكيات متكررة مقتصرة على التوحد، ويؤكد كل هذا أن العجز في نظرية العقل يقع في مجالات عجز ثانوية في التوحد تسببها بعض الإعاقات الأساسية الأخرى.

ويقترح بولر و تومين (Bowler and Thommen, 2000) بأن مثل هذه الأنظمة المعرفية ذات المستوى العالي مثل نظرية العقل تحتاج إلى تفسير أوسع فيما يتعلق بالعمليات ذات المستوى الأدنى مثل الإدراك.

والمثير للاهتمام يذكر كل من بيترسون وسيجي (Peterson and Seigi, 1995)، أن الأطفال الصم منذ الولادة لآباء يسمعون يظهرون مجالات عجز في ToM مشابهة لتلك الموجودة لدى التوحديين.

ولقد أعلن هوبسون (Hobson,1995)، عن وجود نفس الصعوبات لدى الأطفال المكفوفين. والمتناقض في الأمر أنه على الرغم من وجود أدلة متزايدة على أن صعوبات ToM ثانوية في بعض أنواع العجز الرئيس - والتي لم يتم التعرف عليها - في التوحد، إلا أن نظرية العقل قد ازدادت شعبية بين الأخصائيين الذين يعملون مع التوحديين؛ ولأنها أخفقت في تفسير تطور التوحد؛ أثبتت هذه النظرية:

1. أنها مفيدة جداً عند تطبيقها في المجال التطبيقي مع المصابين باضطرابات الطيف التوحدي ASDs.

2. وهي تعطي الأخصائيين والآباء تفسيرات لما يمكن دونها أن يظهر على أنه سلوكيات تمييزية.

3. كما أنها توفر أفكاراً حول طريقة معالجة هذه المشكلات.

وما يطلق عليه نقص نظرية العقل لدى الأطفال التوحديين يعني تفسيراً مختلفاً لعناد مقصود؛ وينبغي بضرورة تفسير النوايا والانفعالات بشكل واضح.

ويمكن أن يساعدنا نقص نظرية العقل في التعرف على نواحي سوء الفهم، ليس فقط بين التوحديين وغير التوحديين، ولكن أيضاً بين أولئك الذين لديهم خلفيات وخبرات مختلفة: مثل الأخصائيين الذين يتعاملون مع الأطفال التوحديين وعائلاتهم وآباء الأطفال المصابين باضطرابات الطيف التوحدي ASDs، أو آباء الأطفال التوحديين ذوي الأداء العالي.

وفيما يلي نقدم مثالاً على تمرين نظرية عقل للأخصائيين من أجل تطوير نظرية عقل الآباء.

اختبار نظرية عقل للأخصائيين

TOM Test For Professionals

أنت موظف تربية في مركز إدارة خدمات ضمن فريق الحاجات التربوية الخاصة Special Educational Needs Teams (SEN)، تعاني من أعباء عمل كثيرة مع وقت ومصادر محدودين، عليك أن تتعامل مع جميع فئات الأطفال من ذوي الحاجات الخاصة والذين يحتاجون إلى رعاية خاصة، ولكن لم يسبق لك أن قابلت أحداً منهم أو من آبائهم شخصياً، تحاول أن تكبح جماح غضبك عندما يتصل بك أحد الآباء ليعرف عن تقدم حالة ابنهم، تشعر بأنهم لا يفهمونك، قم بالاختبار التالي:

- ضع إشارة صح على السؤال الذي ترغب بسواله.

كن صادقاً مع نفسك، فلا يتعلق الأمر بما سوف تقوله، بل بما ترغب بقوله.

تتصل الأم بك وتصر على أن تنقل ابنها من هذا المركز لأنها تعتقد بأنه غير مرض وغير فعّال إلى مركز اختصاصي يمكن أن يلبي حاجات ابنها بشكل أفضل منذ بداية العام الدراسي الجديد.

ترغب بأن تقول لها:

1) لدي المئات من الأطفال من ذوي الحاجات الخاصة في ملفاتي: وطفلك ليس الطفل الوحيد الذي يحتاج لمركز رعاية متخصص، لماذا تعتقدين أننا يجب أن نعطي طفلك الأولوية؟

2) لا يوجد لدي الوقت الآن، من فضلك تعالي مرة أخرى بعد 3 ـ 4 شهور وسوف أرى ما يمكنني القيام به.

3) لا أهتم.

(مهما كانت الإجابة سوف تغضب الأم منك)

والآن، انتقل إلى القسم التالي وفكر في هذا السيناريو الخيالي ولكن حاول أن تتخيل أن الأمر يتعلق بوضعك الشخصي.

طفلك مريض جداً، ويحتاج إلى مساعدة سريعة، تنطلق نحو المستشفى وهناك يخبرونك بـ:

1) آسفون، لدينا العديد من المرضى الآن وطفلك ليس المريض الوحيد الذي يحتاج إلى مساعدة كما تعرف.

2) لا يوجد لدى الطبيب وقت الآن، من فضلك تعال مرة أخرى بعد 3 ـ 4 شهور وسوف نرى ما يمكننا القيام به.

3) نحن لا نهتم.

هل ستكون سعيداً بأي من هذه الإجابات؟ من غير المحتمل أن تكون كذلك.

سوف تشعر بالغضب وسوف يكون غضبك موجهاً نحو الطبيب الذي خذلك أنت وابنك.

وفي هذه الحالة يقارب شعورك شعور الأم في المشهد الأول. ويمكن مقارنتهما لأن الأطفال التوحديين لا تتم مساعدتهم وتعليمهم وتتناقص فرص تطوير إمكانياتهم، كما أنهم لا يستطيعون تحمل إضاعة الوقت، فاليوم أو الأسبوع دون الحصول على العلاج المناسب يتحول إلى عام من تأخر تطورهم.

نظرية ضعف التماسك المركزي Weak Central Coherence Theory:

وتعتبر هذه النظرية إحدى أهم النظريات المعرفية تأثيراً للتوحد (Firth,1970: Shah and Firth,2003)، حيث تحاول أن تفسر ليس فقط نواحي العجز، بل أيضاً مواطن القوة لدى التوحديين، ولقد تم تشكيل هذه النظرية على أساس تجارب مثيرة أظهرت جانبين لهما من الأهمية بمكان، وهما الجانب اللفظي، والجانب الأدائي:

- فالجانب اللفظي verbal side: إن معاني الكلمات لدى التوحديين، أعاقت إلى حد كبير مهام الحفظ، ولم تسهم الكلمات في القيام بحفظ ما يقال لهم أو أمامهم بشكل جيد.
- والجانب الأدائي performance side: أبرز الأطفال التوحديين تفوقاً في الأداء على اختبار الأرقام المختفية، واختبار تصميم المكعبات، وألعاب البازل.

ويبدو أن فرضية أن الأفراد التوحديين يظهرون تماسكاً مركزياً ضعيفاً تفسر كلاً من مواطن القوة والضعف لدى التوحديين على أنه ناجم عن خاصية واحدة لمعالجة معلومات شاذة، ومع ذلك، هناك عدد متزايد من الأبحاث والدراسات التي تكشف أن الأمر لا يكون هكذا دائماً، وأن التماسك المركزي الضعيف الذي يعزى إلى التوحد، لا يميز، في الحقيقة معالجة المعلومات التوحدية (Mottron, Buracko & Robaey 1999).

وعلى العكس من ذلك، يبدو أن التوحديين يظهرون تميزاً عالياً، وهذا يعني إظهار تماسك مركزي قوي، وتشير دراسات مثل دراسة جوردان ورايدنج؛ موترون ورفاقه؛ اوزونوف ورفاقه (Jordan and Riding 1995; Mottron et al. 1999; Ozonoff et al. 1994) إلى ميل في التوحد نحو معالجة المعلومات بشكل كلي، وليس بشكل تحليلي.

إن محاولة تقديم التماسك المركزي الضعيف على أنه أسلوب معرفي في التوحد لم يكن مقنعاً أيضاً، وأوضحت هابي (Happe,1994) أنه يمكن أن نرى آثار التماسك

المركزي الضعيف ليس فقط في المهام ذات المستوى الأعلى، بل أيضاً في المهام البصرية ذات المستوى الأدنى.

وهذا دليل آخر على أسلوب معالجة تماسك مركزي ضعيف في التوحد، ومع ذلك، تحدث دراسات أخرى أمثال جارنر وهاميلتون؛ روبار وميتشل (Garner and Hamilton 2001; Ropar and Mitchell, 1999) وجود تماسك مركزي ضعيف عالمي في التوحد، وبعكس ما توصلت إليه Happe فإن الأفراد الذين يعانون من التوحد ومن اسبيرجر ممن يشاركون في هذه الدراسات كان لديهم احتمال لأن يكون لديهم أوهام تماماً مثل مجموعة المقارنة، أي استخدام تماسك مركزي قوي.

ولقد عانى بعض التوحديين من أوهام بصرية مثل غير التوحديين، ولقد تساءلت نتائج دراسة أوزونوف ورفاقه (Ozonoff et al, 1994) أيضاً عن التماسك المركزي الضعيف في التوحد، وهي تؤكد على أن المجموعة التوحدية لم تظهر أية صعوبة معينة في معالجة الخصائص العالمية للمثير، كما أنها لم تظهر تفوقاً في معالجة الخصائص المحلية.

وفيما يتعلق بالمجموعتين المتطابقتين، والتي كانت واحدة منهما تعاني من متلازمة توريت Torette، ومقارنة مع ذلك، فإن التماسك المركزي الضعيف العالمي في التوحد، يفترض أن التوحديين يركزون بالفعل على التفاصيل على حساب رؤية الصورة الكبيرة، ولكنهم يقومون بذلك على مستوى مفاهيمي وليس إدراكياً.

وهذا يعني أنهم قد لا يعانون من مشكلة معالجة الصورة الكلية بصرياً، وقد تكون الصعوبة ظاهرة فقط عندما تكون العناصر الفردية عبارة عن معلومات ذات معنى، ويجب أن تجمع مع بعضها البعض من أجل تشكيل فكرة عامة أو من أجل الفهم على مستوى مفاهيمي أعلى.

وهناك الكثير من الأدلة على أنه في المستوى الإدراكي، يعاني العديد من التوحديين من صعوبة التمييز بين المثيرات الأمامية والخلفية، وهم يدركون كل شيء دون تصفية وانتقاء، وينتج عن هذا ظاهرة متناقضة: يتم تلقي المعلومات الحسية بتفاصيل مطلقة وكلية في نفس الوقت؛ ويمكن وصف هذا على أنه إدراك الجشطالت البصري، أي إدراك المشهد الكلي كوحدة واحدة مع جميع التفاصيل المدركة، دون معالجتها في نفس الوقت.

وهذا يشير إلى وجود تماسك قوي على مستوى إدراكي، وغالباً ما يكون من الصعب على التوحدي أن يقسم الصورة الكلية إلى أجزاء صغيرة ذات معنى، وأن يجمعها مع بعضها البعض وأن يرسم الحدود حول الكثير من الأجزاء الصغيرة من أجل أن يجعلها وحدات ذات معنى.

وتذكر بوجداشينا (Bogdashina,2003) أنه غالباً ما تستخدم أمثلة العلماء التوحديين لتوضيح فكرة التماسك المركزي الضعيف، كأسلوب معرفي للتركيز على عنصر منفصلة خاصة فيما يتعلق بمهارات الرسم.

أما فريث (Frith,2003) فتقول إن التوحديين يظهرون وهم يرسمون الصورة جزءاً جزءاً، ومع ذلك، فإن قدرة العلماء التوحديين على بدء الصورة من أي جزء من التفاصيل، والذي غالباً ما يكون غير ذي دلالة، وإكمالها بسهولة يعتبر أفضل توضيح للإدراك البصري أو التماسك القوي لدى التوحديين، فهم يضعون جميع التفاصيل الصغيرة في رسوماتهم، ولكن ليس كأجزاء منفصلة، ولكن دون هذه الأجزاء الصغيرة، فلا توجد هناك صورة كلية، ويتم إدراك جميع هذه العناصر الصغيرة على أنها كل متكامل، ولقد تم تفسير تعليقات كانر Kanner على الخاصية العالمية للتوحد على أنه عدم القدرة على اختبار الكل دون الانتباه الكامل للأجزاء الصغيرة على أنه خاصية تكون تالية لعجز في التماسك المركزي.

وفي الوقت الذي يمكن فيه نبذه التعليقات أن تفسر على أنها مؤشر على التماسك المركزي القوي على المستوى الإدراكي والقدرة على إنهاء وضع أداء جملة تعتبر كاملة إلا إذا كانت مؤلفة بالضبط من نفس العناصر التي كانت موجودة عندما واجهها الطفل.

وإذا ما تغيرت أدق التفاصيل؛ يكون المشهد جميعه جشطالت مختلفاً، وبالنسبة للأطفال التوحديين؛ فلكي يميزوا الأشياء، يجب أن تكون الأشياء هي نفسها التي مروا بها، وعند ذلك فقط، يعرفون ما عليهم أن يقوموا بعمله معها (Williams, 1996). وينطبق الشيء نفسه على الأعمال الروتينية، إذ اختلف شيء ما، لا يعرفون ما عليهم القيام به؛ حيث يختلف جشطالت الوضع وينتج عن جميع هذا الخوف والإجهاد والإحباط، وقد يفسر هذا كراهيتهم التغيير وتفضيل الروتين.

وعلى المستوى المفاهيمي، يقود إدراك الجشطالت إلى تصلب في التفكير ونقص التعميم، ويمكن أن يكون أداء الأطفال التوحديين نفسه في نفس الوضع مع نفس المنبهات، ولكنهم يخفقون في تطبيق هذه المهارة إذا ما تغير أي شيء في البيئة أو الروتين أو المنبه ولو قليلاً.

وبالنسبة للأفراد الذين يكون إدراكهم جشطالت، يكون كل وضع متفرداً بحد ذاته، ويمكنهم أن يتعلموا ما عليهم القيام به في وضع ما ولكنهم يشعرون بالضياع إذا ما حصل أدنى تغيير، وهم يشعرون بالارتباك عندما تتغير الأشياء أو تختلف، وحتى أدنى التغيرات قد تربكهم وتزعجهم، كما قد يكون هناك شيء آخر مربك ومخيف للأطفال التوحديين وذلك عندما يظهر شيء لا ينتمي للوضع؛ وبذلك، يتحطم جشطالت الوضع.

ومن أجل الشعور بالأمان، فإنهم يخلقون سلوكيات جشطالت: طقوس وأعمال روتينية، وتجلب هذه السلوكيات الطمأنينة والترتيب في الحياة اليومية التي تكون مهددة، ومن الصعب التنبؤ بها إذا لم يقوموا بذلك.

وقد تبدو هذه الطقوس طويلة ومعقدة بالنسبة للآخرين، ومع ذلك، فهي، بالنسبة للتوحدي، نوع من الخبرة ذات المعنى، وإذا كان جزء منها مفقوداً، مثلاً، منع الشخص من إكمال طقوس تبدو بلا معنى، تصبح الخبرة جميعها ناقصة وغير مألوفة ومخيفة (Bogdashina, 2004).

وقد يمر التوحديون بإدراك الجشطالت ـ تماسك قوي على المستوى الإدراكي ـ في أي وضع حسي، والشخص الذي يمر بخبرة جشطالت بصرية يواجه صعوبة فصل التفاصيل الجزئية الخاصة بالمشهد عن الصورة الكلية، ـ ودون هذه التفاصيل، سوف تكون الصورة مختلفة ـ.

أما الأشخاص الذين لديهم إدراك جشطالت سمعي، فيبدو أنهم يلتقطون جميع الأصوات بنفس الشدة، وهم غالباً ما يشعرون بأنهم "غرقى" في بحر "الأصوات الخلفية" ولا يستطيعون عزل كلمات الشخص الذي يتحدثون إليه مثلاً، عن الأصوات الأخرى في الغرفة من مثل صوت المروحة أو فتح الباب، سعال شخص ما، أو مناداة شخص إليهم، وغيرها.

وبما أنه لا يوجد الكثير جداً من المعلومات القادمة من الأصوات المحيطة، فمن الصعب معرفة المثيرات التي عليهم أن ينتبهوا لها، وبسبب إدراك الجشطالت ـ تماسك إدراكي قوي ـ عندما يكون هناك حاجة إلى معالجة معلومات كثيرة جداً في نفس الوقت، فإن التوحديين غالباً ما يعجزون عن تحطيم الصورة الكلية إلى وحدات "ذات معنى" وتفسير الأشياء والناس والمحيط على أنها أجزاء من وضع كلي.

وبدلاً من ذلك، فإنهم يعالجون "الأجزاء" التي تلفت انتباههم، وإذا ما تذكرنا هذا، يمكننا افتراض أنه "مقارنة مع فرضية ضعف التماسك المركزي في التوحد، يمتلك التوحديون رغبة قوية جداً بالتماسك - إدراك كلي للعالم - مع وجود صعوبة رئيسة في تجزيء الجشطالت إلى وحدات ذات معنى من أجل تحليلها بشكل منفصل، ودون إدراك الوحدات المنفصلة على أنها أجزاء متكاملة في كل واحد، فمن المستحيل تفسير الوضع، وغالباً ما ينتج إدراك الجشطالت عن معالجة مجزأة (Bogdashina, 2003).

وعندما يكون هناك الكثير من المعلومات التي يجب معالجتها في آن واحد، قد ينتهي الأمر بالتوحديين إلى معالجة "أجزاء" سبق وأنها لفتت انتباههم، فعلى سبيل المثال، عندما يرى شخص غير توحدي غرفة، يرى التوحدي يد باب، رجل طاولة، كرة تحت الكرسي، ويدرك الأطفال التوحديون محيطهم والناس الذين يواجهونهم على شكل "قطع صغيرة": فيقومون بتخزين انطباعاتهم الفردية - والمتميزة عن انطباعات غير التوحديين - حول الخبرات، ثم يستخدمونها فيما بعد للتعرف على الأماكن والأشياء والناس.

ويشكل معاكس لتفسير ضعف التماسك المركزي بخصوص اللغة في التوحد مثل: الترديد المرضي للكلام "المصاداة".

يقترح بريزانت (Brizant, 1982) أن الأطفال التوحديين يستخدمون "استراتيجية جشطالت عند اكتساب اللغة، وهذا يعني أنهم يقلدون قطعاً لم يتم تحليلها من الكلام - مصاداة -، وفي المراحل الأخيرة فقط من النمو يتعلمون كيف يجزؤون هذه الوحدات إلى أجزاء ذات معنى.

ويمكن أن يفسر هذا نموذج اكتساب اللغة الذي يظهر لدى العديد من الأطفال التوحديين بدءاً من المصاداة دون دليل أو بدليل قليل من الاستيعاب أو القصد الاتصالي إلى المصاداة الحقيقية التي تستخدم في وظائف اتصالية معينة، إلى الكلام العفوي،

وتنعكس استراتيجية الجشطالت أيضاً خصوصيات أخرى لاستخدام اللغة من قبل الأطفال التوحديين مثل الإصرار على روتين معين للفعل (Brizant and Wetherby 1989).

وفي نمط الجشطالت - التماسك القوي مرة أخرى - تكون اللغة غير مرنة نسبياً في المراحل المبكرة، مع استخدام توليدي محدد (Brizant,1982)، وعلى الرغم من التراكيب النحوية المعقدة ظاهرياً، تكون كلمات الجشطالت محددة مثلاً: قل مرحباً يا سامر.

قد تعني مرحباً لطفل توحدي لأنه تعلم هذه العبارة عندما تعلم تحية الناس.

وفي الوقت الذي تفسر فيه يوتا فيرث (Uta Firth,2003) هذه الظاهرة على أنها تماسك مركزي ضعيف، حيث:

- انتباه الطفل التوحدي لأجزاء صغيرة من المعلومات فقط.
- لا يستطيع أن يستوعب السياق.
- لا يفهم الجوانب القصدية الأعمق للاتصال لأنه يفتقر إلى دافع التماسك المركزي.

يمكننا تفسير ذلك عبر "التماسك المركزي القوي" على أنها إدراك الجشطالت لأجزاء الكلام، حيث يتم فهم معنى الأجزاء الكلية من قبل الطفل الذي ينتج مصادفة لا يكون فيها شيء مشترك مع المعنى الذي نقصده (Bogdashina,2004).

وينطبق الشيء نفسه على مجالات أخرى من الأداء المعرفي، مثلاً: الذاكرة، وإحدى خصائص" الذاكرة الإدراكية الترجمية" هي الجشطالت - عدم القدرة على تجزئة وحدات الذاكرة وجعلها مفاهيمية حسب المعنى التقليدي -؛ وفي ذاكرة الجشطالت، تكون البنود عبارة عن مواقف كلية مبسطة.

وهذا يعني أنها غير مركزة أو مصنفة أو مختزلة للحصول على فكرة عامة، وبطريقة ما، تعتبر كل وحدة من الذاكرة "فكرة عامة" أو "فحوى" ويتم تذكر هذه

الوحدات على أنها أجزاء كلية من الأحداث والمواقف بما فيها المثيرات غير ذات العلاقة - من وجهة نظر غير التوحديين -، ولهذا السبب، ففي الوقت الذي يتم فيه حفظ المعلومات سواء كان لإجابة على سؤال أو للاستعداد للاستجابة، وعلى الناس الذين يمتلكون هذا النوع من الذاكرة أن "يدوروا" بالقطعة جميعها في ذاكرتهم " ليجدوا " الكلمة المناسبة (صورة، موقف... إلخ)، فعلى سبيل المثال:

تقول ويليامز (Williams,1996) - وهي مصابة بالتوحد - عند امتلاك فكرة رئيسة جاهزة، لا أستطيع جمل المشهد يدور، وقد أجد جبلاً من الأشياء التي تسير بترتيب معين وله علاقة بترتيب أشياء أخرى ثم عملها، وقد أكون قادرة على تكرار هذه الأشياء، ولو أنني لم أقم بمعالجتها، للحصول على معنى.

والمفاجأة كما تقول بوجداشينا (Bogdashina,2004)، أنهم غالباً يكونون غير قادرين على إعطاء الفكرة العامة للقصة إذا امتلكوا الأجزاء كلها - جشطالت - مخزنة في ذاكرتهم على أنها وحدات منفردة.

وكما تلاحظ هابي (Happe',1994)، فإن تفسير التماسك المركزي للتوحد يعاني من درجة معينة من التوسع المبالغ فيه في محاولة لاستيعاب المشكلة الكلية للمعنى.

ومن الواضح وجوب وجود حدود معروفة ومحددة لهذه النظرية، وإلا ستعطي نظرية التماسك المركزي الضعيف تفسيراً غير صحيح العديد من الخصائص التوحدية، وأقر ميتشل وروبار (Mitchell and Ropar,2004) بفائدة هذه النظرية في تحفيز كمية كبيرة من الأبحاث، وحتى لو كانت هذه الأبحاث لا تدعم دائماً النظرية، إلا أنها، على الأقل، تجعل فهمنا أغنى عند اتباعنا السعي للاكتشاف، وفي الوقت الحاضر، تشير أبحاث أكثر إلى الحاجة إلى تجاوز نموذج التماسك المركزي الضعيف والبحث عن تفسيرات للحالة.

ويبين كلٌ من سيندر بوسومير وميتشيل (Synder Bossomaier and Mitchell, 2004)
أن البروفيسور آلان سيندر Allan Synder قدم نموذجاً نظرياً جذاباً للفروق المعرفية في التوحد على أنها عوامل أساسية في الحالة ـ التوحد هو: حالة من الاكتساب المتأخر للمفاهيم ـ ويسير النموذج كما يلي:

نحن غير واعين بتفاصيل المدركات، ومثل هذه التفاصيل غير متاحة لانتباهنا الواعي، وبدلاً من ذلك، غالباً ما نرى ما نتوقع أن نراه أو ما هو أقرب لتمثيلاتنا العقلية، ونحن نضع كل صورة بشكل لا إرادي في مدرك معروف ونصبح مدفوعين بهذا المفهوم، ولهذا السبب، ننخدع بسهولة بالخداع البصري.

فتصنيفات الأشياء ـ المفاهيم ـ لها الأهمية النهائية حيث إنها تعطينا فكرة عما هو موجود هناك دون الحاجة لأن نكون على وعي بجميع التفاصيل، فنحن تعميننا ثوابت العقلية ومجموعاتنا العقلية، ومن ناحية أخرى، سوف يبدو أشخاص معينون يعانون من تلف في الدماغ، مثل العباقرة التوحديين وكأن لديهم استراتيجية مخالفة، فهم يمتلكون وصولاً متميزاً للمعلومات غير الواعية، ولكنهم لا يكونون مدفوعين بالمفاهيم (Synder and Mitchell,1999).

ويفترض سيندر (Synder,2004) أن التوحد يبدو وكأنه مثل الإخفاق، أو اكتساب متأخر لتشكيل المفاهيم، واستندت هذه الفرضية على الأبحاث التي أبرزت أن المولودين حديثاً، وبشكل مخالف للبالغين، قد يكونون على وعي بالبيانات الحسية الخام المتوافرة في أدنى مستويات المعالجة العصبية، وقد يكون هناك احتمال أكيد بامتلاكهم تذكراً ممتازاً لهذه المعلومات، ولكن، ومع النضج، هناك استراتيجية تكبح مثل هذا الوعي، وبدلاً من ذلك، يصبح الدماغ الناضج على وعي متزايد فقط بهذه المفاهيم، مع استثناء للتفاصيل التي تؤلف المفاهيم.

واعتقد سيندر أن هذه الاستراتيجية من الكبح تستمر مع تشكيل المفاهيم البعدية ـ وضع المفاهيم في مجموعات ـ مما ينتج عنه إدراك المفاهيم البعدية واستثناء المفاهيم التي تؤلفها.

وهناك دليل متزايد أشار إليه كلٌ من جيراي ورفاقه؛ هاربر وهاربر (Giray et al.1976 : Harber and Harber 2000)، على أن المولودين حديثاً يرون العالم بشكل مجازي أكثر من البالغين، فعلى سبيل المثال، يقال أن الأطفال يمتلكون صوراً تخيلية، وأن هذا يصبح أقل وضوحاً مع النمو والتطور، وفيما يتعلق بالنماذج السمعية؛ فمنذ العام الرابع وحتى السادس يمكن للرضع أن يميزوا ما بين الفروق الصوتية في اللغات الغربية، ولكن عندما يبلغون العام العاشر إلى السنة من العمر: تصبح هذه القدرة مقتصرة فقط على لغتهم الأم، وعندما ينضجون: أوضح كوهل ورفاقه (Kohl et al, 1992)، أن الأطفال يتعلمون وضع مفاهيم للعالم، فيخلقون ثوابت عقلية ومجموعات عقلية، وعند تشكيل المفهوم، يكون هناك فقدان للوعي بالتفاصيل الحسية التي تؤلف المفهوم، فمثل هذه التفاصيل ممنوعة عن الوعي التنفيذي.

ومن ناحية أخرى، وكما يقول سيندر (Synder, 1996)، فإن عقل التوحدي ـ وهو عقل دون ثوابت ـ، يكون أكثر وعياً، وبذلك، قد يدرك التفسيرات البديلة، ومع ذلك، هناك مساوئ لهذه القدرة المتفوقة: لماذا....... ؟

- لأن الدماغ يواجه صعوبة في التكيف مع فيض المعلومات، وقد يحتاج إلى روتين وتركيب ليجد معنى للعالم لأن كل جزء من التفاصيل يجب فحصه في كل مرة يتم إدراكه، مع إعطاء نفس الأهمية لكل التفاصيل الأخرى.
- يوجد نقص، أو تأخر في تطور الأنظمة الرمزية مثل الاتصال واللغة والفكر اللفظي.

ويفترض كلٌ من هيرملين؛ برينج وهيرملين؛ سيندر ورفاقه (Hermelin 2001;Pring and Hermlin 2002; Synder et al 2004) أن التوحد يمكن اعتباره "اكتساباً متأخراً للثوابت العقلية"، ففي طرف الأداء المنخفض في الطيف التوحدي: قد نجد نقصاً في الثوابت عبر مجالات متنوعة، وفي الطرف الآخر التوحد عالي الأداء وأسبيرجر، قد يعاني الأفراد من عجز فقط في المجموعات العقلية الأكثر تعقيداً مثل تلك الضرورية للتفاعل الاجتماعي العميق، والمثير في الأمر، ولأن التوحديين يمتلكون نماذج عقلية ذات - مفاهيم - أقل للعالم، قد يكونون أكثر وعياً بالحداثة، ويفسر هذا الإبداع والحلول غير العادية للمشكلات من قبل أفراد لم يتضاعف التوحد لديهم بسبب الحالات المرضية.

نظرية الأداء التنفيذي العاجز:

Theory Deficient Executive Functioning

قدم أوزونوف (Ozonoff, 1995) الأداء التنفيذي كبناء معرفي لوصف السلوكيات التي يكون مسؤولاً عنها الجانب الأمامي من الدماغ، وتشمل هذه السلوكيات:

- التحكم بالاندفاع والتروي. Impulse Control
- منع الاستجابات. Inhibition of Responses
- التخطيط والصيانة. Planning and Maintenance
- مرونة الفكر. Flexibility in Thought
- مرونة العمل. Flexibility in Action

وقد يفسر العجز في الأداء التنفيذي في التوحد العديد من الأعراض التوحدية، فعلى سبيل المثال: يبدو وكما يقول تيرنر (Turner, 1999)، أن العجز في طلاقة الكلمات يرتبط بعدم القدرة على إيجاد نماذج ذاتية بواسطة الفئات، وهذا يعني عدم القدرة على التنفيذ؛

وقام كل من جارود بوشر وسميث (Jarrod Boucher and Smith 1993) بمراجعة الدراسات التي أجريت حول اللعب الرمزي في التوحد ، واستنتجوا أن العجز يكمن في الأداء وليس في الكفاءة.

ومع ذلك؛ فقد ذكر بيشوب (Bishop,1992) : أن العجز في الأداء التنفيذي غير مقتصر على التوحد فقط، فلقد وجد في مجموعات أخرى أيضاً مثل:

1. متلازمة توريت. Tourette's Syndrome
2. تلف الناحية الأمامية من الدماغ. Damage Frontal Lobe
3. اضطراب العجز في الانتباه وغيرها. Attention Deficit Disorder

وقد نحتاج إلى أبحاث أكثر لنجد كيف يتوقف الأداء التنفيذي في التوحد ، مقارنة مع اضطرابات أخرى ذات علاقة.

نظرية الإدراك الحسي Sensory Perceptual Theory :

ذكر أيرس (Ayres,1989) ، أن كارل ديلاكتو اقترح عام 1974 النظرية الحسية والعصبية للتوحد والتي يمكن تلخيصها بما يلي:

- الأطفال التوحديون ليسوا مرضى نفسيين بل هم مصابون في أدمغتهم.
- تسبب الإصابات الدماغية اختلالاً إدراكياً تصبح فيه القنوات الحسية (البصر والسمع والتذوق والحس والشم) شاذة في واحدة من الطرق التالية:

1. فرط Hyper: تكون القناة مفتوحة جداً، ونتيجة لذلك تدخل كمية كبيرة جداً من المثيرات إلى الدماغ، وعلى الدماغ أن يتعامل معها بشكل مريح.
2. ضعف Hypo: لا تكون القناة مفتوحة بشكل كاف، ونتيجة لذلك، تدخل كمية قليلة جداً من المثيرات ويكون الدماغ معاقاً.

3. الضوضاء البيضاء White Noise: تخلق القناة مثيرها الخاص بها بسبب عملياتها غير الفعالة، ونتيجة لذلك، تتغلب الضوضاء الموجودة في الجهاز على الرسالة من العالم الخارجي.

- وتعتبر السلوكيات الحسية المتكررة للطفل التوحدي sensorism محاولة منه لجعل القنوات الحسية المتأثرة ضبيعية.

ولعدم الوعي الكافي بماهية التوحد، تم تجاهل هذه الأفكار - وبشكل غير مبرر - من قبل الباحثين، ومع ذلك، استمر البحث.

وفي الستينيات والسبعينيات: اقترح أورنيتز (Ornitz,1969,1974) أنه يمكن التعرف على التوحد لدى الأطفال الصغار إذا ما أمعنا النظر إلى سلوكيات محددة جداً، من السهل وصفها من حيث تسببها للفروق الفردية الحسية - استجابات غير عادية للمثيرات الحسية -، ولوحظ من قبل اورنتز، جثري وفارلي؛ فولكماري، كوهن وبول (Ornitz,Guthrie and Farley 1977,1978;Volkmar,Cohen and Paul 198) أنه قبل سن السادسة، تكررت هذه السلوكيات المرتبطة بالإعاقات الاجتماعية والتواصل بنفس المقدار تقريباً.

وتأتي الأدلة غير المباشرة لدور المشكلات الإدراكية الحسية في توقف التطور المعرفي والاتصال الاجتماعي من البحث في ميادين الإعاقة الحسية والعجز البصري والسمعي، وتكشف دراسات دورمان (Dorman,1984)، التي أجريت حول الإعاقة السمعية أن الإعاقة المفاجئة وشبه الكاملة للمثير خلال القنوات الحسية قد تقود إلى سلوكيات شبيهة بالتوحد.

وفي هذا الصدد تذكر جراندن (Grandin,1996)، أن أعراض الإعاقة الحسية تتشابه لدى الحيوانات والكثير من الأعراض التوحدية، فالحيوانات التي يتم حصرها في بيئة غير مثيرة و" قاحلة " تقوم بسلوكيات نمطية وإيذاء الذات ولقد أظهرت أبحاث كل من جاس؛ جينس وجينس (Gass 1996;Gense and Gense,1994)، في ميدان الإعاقة

البصرية أن بعض النماذج السلوكية المتشابهة تحدث لدى الأطفال المصابين بإعاقات بصرية، ولدى أولئك الذين يعانون من التوحد يذكر فاي وشولر (Fay and Shuler, 1980) مجموعة من هذه النماذج السلوكية:

- إعاقات في التفاعل الاجتماعي Impairments in Social Interaction
- إعاقات في الاتصال Impairments in Communication
- الحركات النمطية Movements Stereotyped

مثل: الاهتزاز وخبط الرأس بطريقة إيقاعية، تدوير الأشياء أو احتضان المحيط.

كما تمت ملاحظة خصائص مشتركة أيضاً في تطور اللغة لدى الأطفال التوحديين وأولئك المصابين بإعاقات بصرية مثل:

- المصاداة Echolalia
- عكس الضمائر Pronoun Reversal

ولدى الأطفال الذين يعانون من إعاقات سمعية. وهناك خط آخر من الأبحاث أجري في ميدان العلاج الوظيفي من قبل جين أيرس (A.Jane Ayres 1989) التي قامت بتشكيل نظرية اختلال التكامل الحسي (Sensory Integration Dysfunction (SID لوصف مجموعة متنوعة من الاضطرابات العصبية، وحاولت هذه النظرية تفسير العلاقة بين المعالجة الحسية والعجز السلوكي في اضطرابات تطورية مختلفة بما فيها التوحد.

ومع تعريف التكامل الحسي على أنه عملية عصبية تنظم الإحساس في جسد الفرد نفسه بشكل فعّال في داخل البيئة وتجعل من الممكن استخدام الجسد بفعالية في البيئة، قامت أيرس أصلاً بتحديد أبحاثها بثلاث حواس:

- اللمس Tactile
- السمعي "الدهليزي" Vestibular
- ذاتي التحفيز Proprioceptive

وتعرفت على أن المشكلات، في هذه الحواس الثلاث أساسية وراجعة إلى:

- دفاعية لمسية لحاسة اللمس Tactile Defensiveness For Tactile Sense
- عدم الأمان للجاذبية - النظام الدهليزي

Gravitational Insecurity For Vestibular System

- عدم الأمان والوقوف ذاتي التحفيز

Postural In Security and Proprioceotion

وإحدى العوائق لهذه النظرية أنها طورت "في معزل" عن الأبحاث الأخرى، وأخفقت في تجميع نتائج الأبحاث من مجالات الاهتمام ذات العلاقة، وحقيقة أن نظرية SI مقتصرة على العلاج الوظيفي يعني أن الكثير من البيانات المفيدة من الأبحاث المتعلقة بإعاقات الإدراك الحسي والاختلال الحسي قد تم تجاهلها، ونتيجة لذلك، وبعد بضعة عقود من التطور، تبقى نظرية التكامل الحسي نظرية، مع اعتراف قليل ودعم أقل من الميادين خارج العلاج الوظيفي.

وبشكل مخالف لديلاكاتو De Lacato، حول فرط الحساسية، وضعف الحساسية في وصف الخبرات الداخلية والمشكلات، قامت أيرس Ayres بتعريف العجز في التكامل الحسي غالباً عبر ردود الفعل السلوكية مثل الدفاعية اللمسية التي تم تعريفها على أنها: ردود فعل سلبية أو تجنب لمثيرات لمسية غير ضارة، وتظهر على شكل استجابة أو ردود فعل ممثلة بخوف" اهرب أو اضرب".

ومع التطور، كان هناك الانتقال من استخدام "المصطلحات السلوكية" إلى وصف الظواهر "الخبرات"، وهذا التحول في الانتباه من السلوكيات إلى الخبرات قد يكون أدى مثلاً إلى منع مصطلحات مثل:

- الدفاعية السمعية Auditory Defensiveness
- الدفاعية البصرية Visual Defensiveness

من الانتشار في النصوص التربوية المتعلقة بالعلاج الوظيفي، ويفضل الباحثون مثل دي لاكاتو؛ أورنيتز (De Lacato 1974; Ornitz 1969, 1974, 1983, 1988)، في ميدان العلاج الوظيفي، استخدام " فرط الحساسية، ضعف الحساسية، ومشكلات تحويل، وهذا يعني مفاهيم الاختلال الحسي واضطرابات التحويل الحسي التي قدمها الباحثون في ميدان المعالجة الحسية والمعلومات.

وقد اقترح الباحثون ميلر ورفاقه (Miller et al, 2001) في مجال العلاج الوظيفي تحديث المصطلحات المستخدمة في SI لتسهيل الاتصال بين المعالجين الوظيفيين وغيرهم من الأخصائيين، واقترحوا مصطلح، اضطراب المعالجة الحسية، كمصطلح عالمي شامل، مكون من ثلاث مجموعات تشخيصية أساسية:

1. اضطراب التعديل الحسي Sensory Modulation Disorder

2. اضطراب التمييز الحسي Sensory Discrimination Disorder

3. الاضطراب الحركي المرتكز على الحواس

Sensory Based Motor Disorder

بالإضافة إلى الأنماط الفرعية الموجودة ضمن كل واحدة منها.

ويهدف هذا التغيير إلى دعم ضم هذا النوع من علم تصنيف الأمراض في التصنيفات المستقبلية من الأدلة التشخيصية لـ DSM، والاعتراف الرسمي بهذه الاضطرابات.

وتعددت التفسيرات وزاد الارتباك حول اضطراب واحد ومتشابه من قبل باحثي العلاج الوظيفي فمثلاً: يتم تعريف اضطراب التعديل الحسي على أنه "صعوبة في تعديل استجاباتهم لتتوافق مع حاجات الوضع"، وتعطي نماذج الاستجابة الزائدة والاستجابة الناقصة والسعي الحسي كأمثلة.

بينما آخرون يوضحون أن"اضطراب التعديل الحسي يعود إلى القدرة على تصفية وعرض المعلومات القادمة بشكل يمكن من الاستجابة بصورة ملائمة للمثير، بالإضافة لذلك، فإن جميع هذه الأوصاف تعتبر متحيزة سلوكياً.

وإذا نظرنا إلى اضطرابات المعالجة الحسية على أنها فئة تشخيصية منفصلة، حسبما أشار دان (Dunn ,2001)، إلى أن وجود أمل في التعرف على مشكلات المعالجة الحسية " المتعلقة بالتوحد فقط" وهي تتعارض مع النتائج القائلة بأن هناك خصائص معالجة حسية متميزة لدى الأشخاص المصابين بحالات مختلفة مثل:

- الاضطرابات النمائية.
- الاضطرابات الدماغية الوراثية.

وهناك نموذج آخر للمعالجة الحسية قدمه دان وهو يهدف إلى تفسير عتبة الجهاز العصبي للعمل ونزعة الشخص للاستجابة لهذه العتبات، وفي هذا النموذج، تمثل العتبات واستراتيجيات الاستجابة سلسلة من الحالات الممكنة وتتميز بأنها تعكس عتبة خاصة (عالية، ومتدنية) واستراتيجية مستجيبة (فاعلة، وسلبية):

1. تدعى العتبات العالية: مع استراتيجيات التفاعل الفعالة "البحث الحسي".
2. أما العتبات المتدنية مع استراتيجيات استجابة سلبية، فيطلق عليها "الحساسية الحسية".
3. العتبات المتدنية مع استراتيجيات فعالة، فيطلق عليها "التجنب الحسي".

ويبسط هذا النموذج مشكلات الإدراك الحسي، وفي حالة التوحد، وقد يكون الأمر كذلك في اضطرابات نمائية أخرى، فإنه لا يوفر فهماً عميقاً لطبيعة المعالجة الحسية والفروق النوعية.

العلاج الوظيفي لم يعطِ نموذجاً مفاهيمياً يمكن أن يكون إطاراً لدراسة التوحد والاضطرابات النمائية الأخرى، وهذا هو السبب وراء كون معظم الأبحاث حول الفروق الإدراكية والحسية في التوحد متجذرة بشكل عميق في نظرية دي لاكاتو Delacato التي ألهمت العديد من الدراسات.

وفي الوقت الذي اعترف فيه بالإسهام النظري لفهم التوحد الذي قام به دي لاكاتو، يبدو من الضروري مناقشة نقطة واحدة في نظريته، "عتبر دي لاكاتو أن أية قناة يمكن أن تكون فرط، ضعف أو ضوضاء بيضاء، ومع ذلك، يبدو غالباً أن الشخص نفسه تماماً يمكن كما تقول بوجداشينا (Bogdashina,2003)، أن يمر بتجربة المدخلات الحسية للقناة نفسها في أوقات مختلفة من جميع تصنيفات دي لاكاتو الثلاثة: فرط، ضعف، والضوضاء البيضاء، وذلك لأن شدة الحجم التي تعمل فيها القنوات تتأرجح.

ويعود الفضل إلى أعمال دي لاكاتو، أورنتز ورملاند (Delacato,Ornitz ,and Rimland) وآخرون غيرهم ممن كانوا رواداً ووضعوا الأساس النظري للأبحاث حول مشكلات المعالجة الحسية في التوحد، والنظرية الحسية في التوحد يتم تشكيلها وهي تشمل النتائج من حقول أخرى ذات علاقة، والتي تنتج إطاراً لدراسة الفروق الإدراكية الحسية في التوحد وتأثيرها ليس فقط على السلوك، ولكن أيضاً على اللغة، والإعاقات المحتملة لدى الأفراد المصابين باضطرابات الطيف التوحدي ASDs.

وما يعيق هذا التطور، هو المبالغة في تبسيط المشكلات الحسية في التوحد من قبل بعض الباحثين، وتخفيضها إلى فرط حساسية، وإذا كان الأمر بمثل هذه البساطة، هل يعني هذا أننا إذا تعرفنا على فرط الحساسية لكل فرد وقمنا بتعديل البيئة سوف نقوم بذلك بحل جميع المشكلات؟ والجواب المختصر هو "لا".

فقد يكون فرط الحساسية مجرد نتيجة لفروق إدراكية حسية أخرى قد تشمل:

- عدم القدرة على تصفية المعلومات الحسية.

Inability To Filter Sensory Information

- تجزؤ الإدراك. Fragmentation Of Perception
- فقدان القدرة على فهم الإشارة الحسية. Sensory Agnosia
- المعالجة المتأخرة. Delayed Processing
- الانتباه الأحادي أحادية الاتجاه. Monotropism
- الإدراك الطرفي. Peripheral Perception
- إغلاق الأجهزة وغيرها. System Shutdowns And Others

والأكثر من ذلك، تشير بوجداشينا (Bogdashina 2003,2004) إلى أن الفروق في الإدراك الحسي تقود إلى دروب مختلفة من التطور المعرفي واللغوي تنعكس في النهاية بوجود أنظمة مختلفة من الاتصال والتفاعل الاجتماعي.

وبما أن السلوكيات الإدراكية الحسية لا تكون - أحياناً - مشمولة في التصنيف التشخيصي، هناك عدد قليل من الدراسات التي لا تزال تجري حول الصعوبات الحسية لدى الأطفال التوحديين، وهناك بعض الأدلة من الأبحاث التي أجريت، والتي تشير إلى أن الفروق الإدراكية الحسية قد تكون من بين الإشارات الأولية للتوحد لدى الأطفال، وهكذا، واستناداً على دراسات فيديو بيتي ذات أثر رجعي، كشفت أبحاث بارانك، وهوشينو ورفاقه، وداهلجرين وجيلبيرج؛ جيلبيرج ورفاقه، وجينر ورفاقه؛ كوهين – راز، فولكمار وكوهين، لا كوتر ورفاقه؛ لورد، راتر ولا كوتير (La Couteur et Genper 1995;Kohen – Raz , Volkimar :al.1989 ; Lord,Rutter and La Couteur 1994

Baranek, 1999;Dahlgren and Gillberg 1989;Gillberg et al 1999;and Cohen 1992 (Hoshino, et al 1982)، أن الأطفال التوحديين أظهروا: وبشكل عام:

1. مشكلات في الانتباه الحسي والاستثارة الحسية.
2. مشكلات في التوجه نحو المعلومات البصرية في بيئتهم.
3. وضع الأشياء في أفواههم بشكل متكرر وملحوظ.
4. الحاجة إلى مفاتيح أكثر قبل أن ينظروا عندما يناديهم أحد بأسمائهم.
5. تجنب الاتصال الاجتماعي.

والأطفال الذين يعانون من إعاقات نمائية أخرى غير التوحد وتشمل "الأعراض الحسية" الأخرى التي يمكن رؤيتها بشكل عام لدى الرضع من التوحديين أكثر من الرضع الذين ينمون بشكل سوي، أو الرضع الذين يعانون من إعاقات نمائية أخرى، أظهروا:

1. نقص الاستجابة لبعض الأصوات.
2. فرط الحساسية تجاه أصنافاً معينة من الطعام.
3. عدم الإحساس بالألم.
4. الاهتمام غير النمطي بالمثيرات البصرية.
5. فرط الاستثارة عند الوخز.
6. سلوكيات بصرية غير عادية.
7. اللعب المقتصر على الأشياء الصلبة.
8. ردود فعل غير عادية للمهام السمعية.
9. تكلف (لزوميات) باليد والأصبع وبالجسد كله.
10. اهتمامات حسية غير عادية.
11. مراقبة الأيدي والأصابع والتلويح بالذراعين.

12. سلوكيات نمطية.

13. ردود فعل شديدة أو متدنية للمثيرات السمعية.

14. الوقفات غير العادية والانتباه البصري غير المستقر.

وييدو أن هذه الأعراض "الحسية" التوحدية التي لوحظت أثناء الأعوام الأولى تستمر حتى العام الثاني من العمر.

بينما كشفت أبحاث كل من أدريان ورفاقه؛ وإيرمر ودان؛ كينتز ودان؛ رابين، جرينسبان وويلدر وستون وهوجان؛ وينج وجولد (Greenspan and Weilder 1997; Stone Ermer and Dunn 1998;Kientz and land Hogan 1993; Wing and Gould 1979 Adrien et al. 1992,1993; Dunn1997;Rapin 1996)، أن الأطفال التوحديين في سن المشي ما قبل المدرسة يظهرون سلوكيات حسية حركية غير نمطية:

1. الحساسية العالية أو المنخفضة عبر الأنماط الحسية.

2. اضطرابات الحركة كالسلوكيات النمطية عند نقطة معينة من نموهم.

ولقد تم التبليغ عن عدد كبير من الفروق الفردية التي تشير إلى أنماط فرعية محتملة ترتكز على نماذج مختلفة من المشكلات الإدراكية الحسية.

نظريات أخرى:

أولاً: التوحد كاضطراب عاطفي والعلاقات الاجتماعية

Autism As a Disorder Affective and Social Relations

طور هوبسون (Hobson 1989,1995) هذه النظرية وهي مؤسسة على آراء كانر، وبوش (Bosch,1970)، حيث اقترح كانر أن عجز هؤلاء الأطفال الرئيس هو عدم قدرتهم على التواصل بالطريقة العادية مع الناس والأوضاع منذ بداية حياتهم، بينما يرى هوبسون، "الإعاقات الرئيسة على أنها: عدم قدرة على الارتباط عاطفياً مع الآخرين مما

يقود إلى عدم قدرة على استقبال الخبرات الاجتماعية الضرورية لتطوير تراكيب معرفية للفهم.

ومع ذلك، هناك بعض الأدلة التي تناقض هذه الآراء، منها نوبلوخ وباساماتيك (Knobloch and Pasamanick, 1975)، حيث أقرا أن:

- الأطفال الذين تم تحويلهم إليهم بسبب استجاباتهم الاجتماعية غير الطبيعية في العام الأول من حياتهم ولم يظهر لديهم ما يمكن أن نصنفهم على أنهم توحديون.
- بينما أولئك الذين أظهروا اضطراباً في التفاعل الاجتماعي في عمر الثانية، وبالمتابعة الحثيثة والملاحظة المباشرة، تبين بأنهم مصابون بالتوحد.

ومن ناحية أخرى، هناك الكثير من الأدلة على التعلق الشخصي والحقيقي لدى الأطفال التوحديين والبالغين؛ على الرغم من أن هذا يمكن التعبير عنه بشكل غير تقليدي، وبدراسة السجلات التطورية: وجدت فيرث وسورز وويتج (Firth, Soares ,and Wing, 1993) ؛ أن ثلثي أمهات التوحديين لم يكن منزعجات من تفاعل أطفالهن الاجتماعي في العام الأول.

ثانياً: فرضية العاطفة التناهية An affective Hypothesis

في نمو الطفل: قدم ستانلي جرينسبان (Greenspan,2001) نظرية تقترح أن التفاعلات العاطفية تظهر في وقت أبكر من المخططات الحركية الحسية التي اقترحها بياجيه Piaget، وأنها مجسات أساسية نستخدمها لفهم ووضع مفاهيم وثنائية رمزية لخبراتنا عن العالم، كما اقترح جرينسبان أيضاً أن معظم أنماط التفكير المجرد تستند على الانعكاسات للخبرات العاطفية الشخصية.

ويمكن القول أن العجز النفسي الجوهري في التوحد قد يتضمن بذلك عدم القدرة على ربط العاطفة ـ البيئة ـ مع التخطيط الحركي وتسلسل القدرات وتشكيل الرموز.

وفي دراسة النظرية تم وضع فرضية العاطفة التأهيبية والتي يعرفها المؤلفان على أنها: **العاطفة الجاهزة لاستقبال المخططات الحركية الحسية من خلال تفعيل البيئة الحسية وما يتناسب مع الفروق الفردية وما تفرزه من خصائص مما يسهم في تحسين التواصل.**

وبفحص هذه الفرضية، فقد تبين الدور المهم للتفاعلات العاطفية في التنظيم الذاتي والاتصال واللغة والمعاني الإبداعية وبناء معنى للواقع، كما أنها تحاول أيضاً أن تظهر كيف أن الأنماط المتنوعة من العجز العاطفي خلال النمو المبكر تسهم في فهمنا للتوحد، وتستكشف هذه الفرضية الارتباط بين العاطفة وقدرات معالجة مختلفة - العجز الجوهري -.

وفي هذه الفرضية، يستخدم الطفل عاطفته لتوفير نية لأعماله ومعنى لكلماته، ولو كان الأمر عائداً لاسم النظرية، لكان مناسباً بشكل كامل أن نصنفها في فئة الإدراك الحسي من النظريات.

على الرغم من أن جرينسبان يقترح بأن العاطفة تستثمر ليس فقط طاقة التفاعلات المعقدة لإعطاء معنى للأصوات والكلمات والسلوكيات، بل إنها تستثمر أيضاً طاقات المعالجة من مثل التخطيط الحركي والمعالجة الفضائية البصرية، فهو يعترف بأن العديد من الأطفال المصابين باضطرابات الطيف التوحدي:

- قادرون على التشكيل السريع نسبياً لنماذج الارتباط.
- قادرون على الارتباط بالمتعة والدفء والفرح.
- متمكنون من المستويات المبكرة من التحويل العاطفي الذي يشمل الارتباط الأساسي حتى لو أنهم واجهوا صعوبات في تشكيل التبادلات العاطفية المتبادلة.

ولقد أظهرت **الملاحظات السريرية** أنه:

غالباً ما يمكن مساعدة هؤلاء الأطفال للتمتع بالتواصل بطريقة عميقة ومستمرة، إذا ما فهمنا معالجتهم الحسية وخصائصهم الحركية التي يركز عليها

العلاج الوظيفي، فعلى سبيل المثال، يكون بعض الأطفال لديهم مبالغة في ردود الفعل الحسية، ولذلك يشعرون بعدم الارتياح من طرق التقارب كاللمس، أو الأصوات العالية أو المنخفضة، وعند تفعيل البيئة الحسية حسب خصائصهم الفريدة، يمكن لهؤلاء الأطفال أن يبدأوا بإظهار أدلة على تمتع هائل في التواصل.

ويستنتج جرينسبان بشكل أوسع بأن العديد من الأطفال المصابين باضطراب الطيف التوحدي؛ يمتلكون فروقاً بيولوجية تعبر عن نفسها بالطريقة التي يقوم فيها الطفل بمعالجة الأحاسيس وتنظيم وتخطيط الاستجابات، وهذه الفروق في المعالجات والمستندة على الوظائف البيولوجية يمكن أن تكون حجر الأساس المتوقع لتعلم التواصل والتوصيل بشكل متعثر، وبسبب خصائص المعالجة الحسية المتفردة التي يمتلكونها فإن إيجاد إحساس عميق من الحميمية بشكل عملية معقدة وعميقة، يبدو أنهم يمتلكون القدرات، ولكنهم بحاجة إلى تمهيد ومربين واعين حساسين تجاه نماذج المعالجة المتفردة للطفل.

ثالثاً: التوحد كشكل متطرف من الدماغ الذكوري

Autism as an Extreme Version of the Male Brain

اقترح بارون ـ كوهين (Baron -Cohen, 2003a) نظرية طموحة ومثيرة: أن التوحد ينظر إليه على أنه شكل متطرف من دماغ الذكور، استناداً على نتائج تحليل هرمون التستستيرون Testosterone ـ الموجود لدى الذكور ـ لدى التوحديين، والخصائص المعرفية للذكور ـ النمط التنظيمي ـ مقابل الإناث ـ النمط التأكيدي ـ.

ومع أن هذه النظرية لا تفسر بعضاً من الكثير من الخصائص العصبية لاضطرابات الطيف التوحدي ASDs، مثل الحركات النمطية، إلا أنها تهدف إلى التقاط الخصائص العقلية أو الجوهرية التي يمكن أن تكون موجودة لدى أي فرد يعاني من اضطرابات الطيف التوحدي.

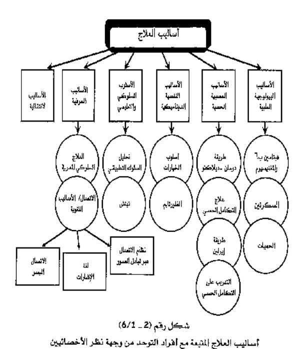
فبعض أعراض التوحد مثل: التأخر اللغوي، إيذاء الذات، اضطرابات النوم وغيرها، لا تكون عالمية، وبذلك لا داعي لتفسيرها ضمن هذه النظرية، بينما الإعاقات في التأكيد والتنظيم المتفوق يمكن رؤيتها لدى جميع التوحديين بما فيهم المصابين بأسبيرجر.

ومع ذلك، يجادل البعض بأن بعض الناس المصابين باضطرابات الطيف التوحدي ASDs يركزون بالفعل أنه من الصعب رؤية سلوكيات متكررة على أنها تدريب منظم؛ ومثال على ذلك: الطفل الذي يدور عجلة سيارة من ألعابه كما لو أنه يتعلم تفاصيل صغيرة مثل الطريقة التي يدور بها العجل بقوى مختلفة أو الطريقة التي تدور بها العجلات ذات الأقطار المختلفة بسرعات مختلفة.

وتكشف الملاحظات الشخصية بأن هذه الأنشطة المتكررة لها علاقة بتخيل النماذج وغيره من المثيرات الحسية، وليس بتمارين تربوية.

وهناك نظريات عديدة ومتنوعة تحاول تفسير التوحد: بعضها تخميني وبعضها الآخر تنظيري، وهي تميل إلى جمع "أجزاء وقطع" من الأبحاث من مصادر متعددة وخلق إطار مفاهيمي يضعون فيه نظرياتهم، ومؤلفو هذه النظريات الجديدة للتوحد يدّعون أن تراكيبهم النظرية يمكن أن تفسر جميع الأعراض التوحدية، وغالباً ما يستنتجون التخمين مع ادعاء مثير - لقد تم تفسير التوحد -. وتحتوي نظريات أخرى على فرضيات واعدة جداً واحتمالات جيدة للتطور بشكل أوسع، ولكنها تبقى على هامش الأبحاث التوحدية، حيث إن أساليبهم غير تقليدية وتتعارض وجهات النظر العامة والثابتة حول التوحد.

الفصل السادس
العــــــــــلاج
Treatment



شكل رقم (2 ـ 6/1)

أساليب العلاج المتبعة مع أفراد التوحد من وجهة نظر الأخصائيين

الأساليب البيولوجية الطبية :
Biomedical (Pharmacological) Approaches

أولاً: فيتامين ب 6 Vitamin B6 ، المغنيسيوم Magnesium

لاحظ ريملاند (Rimland,1987) أن الجرعات العالية من فيتامين ب 6 والمغنيسيوم تؤثر في عمليات التحكم لدى الأطفال ذوي التوحد، تأثيراً بالغاً يظهر في:

1. إيذاء الذات. Self Injurious
2. السلوكيات العدوانية. Aggressive Behaviours
3. زيادة التواصل البصري. Increasing Eye Contact
4. زيادة الكلام. Increasing Speech

ومثل أي علاج آخر، فهو فعال مع بعض الأفراد وغير فعال مع أفراد آخرين، ويتنوع الناس بشكل كبير من حيث حاجتهم لفيتامين ب 6، وإذا ما زادت درجة التوحد بسبب النقص فيه ـ وهو ما يطلق عليه ريملاند متلازمة الاعتماد على فيتامين 6 Vitamin B6 Dependency Syndrome ـ سوف يظهر الأطفال تحسناً إذا ما اتبعنا معهم علاجاً يدخل في تركيبه فيتامين ب 6.

ثانياً: السكرتين Secretin

وهو هرمون طبيعي يحفز البنكرياس للمساعدة في الهضم، ويتوافر تركيب صناعي منه يستخدم في تشخيص الاضطرابات في البنكرياس، ولقد اكتشف بالمصدفة أن السيكرتين يمكن أن يساعد في معالجة التوحد، وفي عام 1996، أخذت فيكتوريا بيك Victoria Beck ابنها التوحدي تفحصه بسبب معاناته من مشكلات معوية معدية، حيث عولج الطفل بالسيكرتين ولاحظت الأم تحسناً سريعاً في الحال.

ويبدو أن السيكرتين أصبح العلاج السحري الذي كان ينتظره العديد من الآباء اليائسين، وأجريت العديد من التجارب الإكلينيكية، للتأكد من فاعليته.

ثالثاً: الحميات الغذائية (Diets)

إن إزالة الجلوتين والكازيين من غذاء الطفل يمكن أن يجلب تحسناً في السلوك، ومع ذلك: يحذر الباحثون من أن الحمية يجب أن تكون صارمة بنسبة 100٪، ويظهر الأطفال الأصغر سناً نتائج أسرع، بينما للأطفال الأكبر سناً، يمكن أن يستغرق الأمر عاماً، حيث إن أجسادهم تكون قد خزنت كميات كبيرة من هذه المواد.

الأساليب العصبية الحسية Neurosensory Approaches:

أولاً: طريقة دومان ـ ديلاكتو Delacato Method

تستند طريقة دي لاكاتو على عدة افتراضات منها:

- السلوكيات الحسية التكرارية هي عبارة عن رسائل يرسلها الطفل ويجب علينا ملاحظتها وتفسيرها.
- تظهر هذه السلوكيات القنوات المتأثرة وفيما إذا كانت القناة تعاني من فرط، ضعف أو ضوضاء بيضاء.
- عندما نعرف أية قناة هي المتأثرة، والكيفية التي تأثرت بها، يمكننا أن نساعد الطفل في جعل القنوات سوية عن طريق إعطائه الخبرة المناسبة والتحفيز من خلال القنوات المتأثرة.
- عندما تصبح القناة سوية، يتوقف السلوك.
- عندما يتوقف السلوك، ينتقل انتباه الطفل ويصبح قادراً على تعلم التعامل مع العالم الواقعي وتعلم التفاعل مع الأشياء والناس من حولهم.
- عند هذه النقطة، نقوم بمعالجة الطفل تماماً كما نعالج أي طفل يعاني من إصابات خفيفة إلى متوسطة في دماغه.

ولقد ابتكر برنامج دي لاكاتو للعمل على الحواس من أجل جعلها سوية للآباء كي ينفذوها في البيت، وهي مصممة لبرمجة التحفيزات القادمة من خلال الحواس وحسب العجز لدى كل طفل بحد ذاته، وقد تشمل رسالة لمس ومهام الشم والتذوق

وتمارين سمعية وبصرية وتطور الحركة وكذلك تربية وأتصال ونطق: ونموذج ديلاكتو، أوجد أفكاراً في العديد من النماذج المشابهة لمفاهيمه الأصلية مثل:

- علاج التكامل الحسي SIT أيرس (Ayres ,1979).
- جمنازيوم الدماغ Broin Gym ديفيسون (Dennison ,2001).

ويستخدم العديد من المعالجين نفس الأساليب ولكن تحت مسميات مختلفة.

ثانياً: علاج التكامل الحسي Sensory Integration Therapy (STT)

تستخدم نفس المبادئ في علاج التكامل الحسي، حيث كان العلاج يستهدف الحواس الرئيسة الثلاث:

- اللمس. Tactility
- الإدراك الواعي لما حوله. Proprioception
- التوازن. Vestibular System

وفي الحقيقة أن جميع الحواس يجب أن تقيم ويعمل عليها من خلال تصميم برامج وأنشطة لتحقيق المستهدفات المرغوبة؛ وهناك عدة أنماط من علاج التكامل الحسي مثل: التكامل الحسي التعددي وتضعيف الحساسية وهي تشمل أنشطة حسية تستهدف رفع عتبة الإثارة لدى الأطفال.

وهناك مفهوم الحمية الحسية وهو مستخدم بشكل واسع في علاج التكامل الحسي، حيث إنه: برنامج منظم ومخطط مكون من تمارين حسية مصممة لتلبية حاجات الجهاز العصبي لكل طفل على حدة؛ ويستفيد منه الآباء في كيفية استخدام أساليب مختلفة مع الطفل في البيت، كما يمكنهم من توجيه استجابات الطفل.

ويفترض داعمو علاج التكامل الحسي أن عمليات تنظيم الدماغ تتأثر إلى حد كبير بهذا العلاج، وبما أنه من الصعب ملاحظة أية تغييرات في الدماغ، فإن الوسائل الوحيدة لتقويم فعالية العلاج محددة بالسلوكات التي يمكن ملاحظتها.

ثالثاً: طريقة إيرلين Irlen Method

تتألف طريقة إيرلين من خطوتين:

1. العرض: قامت إيرلين بتصميم استبانة خاصة تخدم كأداة عرض، ويجب إكمال الاستبانة إما من قبل الأفراد أنفسهم أو أي عضو من أعضاء العائلة، ويتم تقويم كل استبانة لتقرير فيما إذا كان الفرد مرشحاً لتطبيق طريقة إيرلين عليه.
2. الاختبار: هناك مجموعة معيارية من الإجراءات لتقرير اللون الصحيح للغطاء وللعدسات الملونة.

ولقد أشارت دراسات روبنسون (Robinson, 1996)، إلى نتائج إيجابية في استخدام العدسات الملونة، ويبدو أن طريقة إيرلين فعالة مع أولئك الذين تكون مشكلاتهم البصرية عميقة لأنها تساعد في إبطاء المعالجة البصرية وتساعد في تنقية المعلومات البصرية، ومع ذلك، فهذه التنقية تحل مشكلة التوحد، فهي تحسن الإدراك وتجعل التعلم أكثر فعالية، ولكن يجب أن يرافقها أساليب تربوية ملائمة.

رابعاً: التدريب على التكامل السمعي Auditory Integration Training (AIT)

يستند التدريب على التكامل السمعي على مبدأين:

- السلوك هو نتيجة مباشرة لمقدار ما يسمعه الشخص بشكل جيد.
- يمكن إعادة تدريب الآلية السمعية، ونتيجة لذلك، يقود تحسن السمع إلى تحسن في السلوك.

نشأ مبدأ التدريب على التكامل السمعي من مفهوم احتمال وجود علاج عن طريق الحاجات الميكانيكية، فعلى سبيل المثال، إذا كانت حركة عضو ما مقيدة، يمكن تدريبها عن طريق تمارين جسدية خاصة، وذلك من أجل زيادة حركتها؛ وهذا

العلاج الآلي يؤثر ليس فقط على العضلات ذات العلاقة، ولكن أيضاً على مساحات الدماغ ذات العلاقة.

ولقد أظهر عدد كبير من الدراسات الرائدة لطريقة التدريب على التكامل السمعي نتائج ذات دلالة:

- نقص في سلوكيات التحفيز الذاتي

A Reduction In Self Stimulatory Behaviours

- تحسن معدّل فرط نشاط — Hyperactivity
- علاج وتحسن لحالة القلق — Anxiety
- قلة الانسحاب الاجتماعي — Social Withdrawal
- الحد من التشتت — Distractibility
- قلة المصاداة — Echolalia
- زيادة في الانتباه — An Increase In Attention
- زيادة الاستيعاب — An Increase In Comprehension
- تحسن في النطق — Improvement in the Articulation
- تحسن في الذاكرة السمعية — Improvement in the Auditory Memory

وقد يظهر الأشخاص الذين تكون صعوبتهم الرئيسة ناتجة عن مشكلات سمعية تحسناً ذا دلالة في الأداء إذا ما تم إعطاؤهم التدريب على التكامل السمعي، وإذ ما أعطي التدريب على التكامل السمعي للأشخاص الذين تكمن مشكلاتهم الرئيسة في قيود حسية أخرى، سوف يكون هناك تحسن قليل، أو لا يوجد تحسن على وجه الإطلاق.

الأساليب النفسية الديناميكية Approaches Psychodynamic:

أولاً: أسلوب الخيارات (شروق الشمس) "Options Approaches The "Sun -Rise

تعني فلسفة الخيارات:

> تقبل كامل للطفل مع شعار رئيس وهو أن الطفل يفتح عالمه لمن حوله، في أوقات متغيرة وبطرق عديدة، وينبغي على المحيطين به أن يستثمروا هذا الانفتاح مهما كان وقته ومهما كانت طريقته.

وتتمثل الأساليب الرئيسة والمبادئ المشتقة من ذلك بما يلي:

- الاشتراك مع الطفل في السلوك التكراري من أجل خلق علاقة أعمق مع الطفل.
- استخدام دوافع الطفل الخاصة به لتعليمه مهارات حاسمة.

ولتنفيذ البرنامج، يتم إيجاد غرفة مصممة بشكل خاص - غرفة ألعاب - مع حد أدنى من المشتتات حيث يشعر الطفل بالأمان والاسترخاء.

ويطلق كلٌ من كالدويل؛ نيند وهويت (Caldwell 2004: Nind and Hewett 1994) على أسلوب الخيارات المطبق للعمل مع البالغين المصابين بالتوحد والإعاقات الفكرية الحادة "التفاعل المكثف".

ثانياً: الوقت المخصص للعب مع الأطفال "الفلور تايم" Floor Time

ويعرفه الإمام (2010) بأنه: برنامج أسس على الأنشطة الأرضية، لخلق المتعة الروحية وسحب الطاقة السلبية والاحتفاظ بما تبقى من طاقة إيجابية والعمل على انتشارها وتوغلها وتوسعها لتعم الحالة النفسية والجسدية والعصبية.

ويصف جرينسبان ورفاقه (Greenspan,1998) ست مراحل انفعالية أساسية للنماء تساهم في تشكيل السلم التطوري.

- التنظيم الذاتي والاهتمام بالعالم Self-Regulation and Interest in the World
  القدرة على إيجاد اهتمام بالأحاسيس المثيرة وتهدئة النفس.

- الحميمية Intimacy

القدرة على الارتباط بعلاقات مع الآخرين.

- الاتصال ذو الاتجاهين Two - Way Communication

القدرة على التواصل باتجاهين.

- الاتصال المركب Complex Communication

القدرة على القيام بالإيماء وفهمه وربط سلسلة من الأعمال مع بعضها البعض في تسلسل حل المشكلات.

- أفكار انفعالية Emotional Ideas

القدرة على خلق الأفكار.

- التفكير الانفعالي Emotional Thinking

القدرة على إيجاد أفكار منطقية ومرتكزة على الواقع.

وينظر إلى الأطفال من ذوي الإعاقات ـ بما فيها التوحد ـ على أنهم يمتلكون تشكيلة من التحديات البيولوجية مثل الصعوبة في Difficulty In:

- التفاعلية الحسية. Sensory Reactivity
- المعالجة. Processing
- إيجاد وتخطيط الاستجابات. Creating And Planning Responses

وتقف هذه الصعوبات عائقاً أمام هؤلاء الأطفال في أن يتواصلوا مع الآخرين، ولذلك، يتم تصميم برامج خاصة لإزالة هذه التحديات؛ ويهدف أسلوب "الفلور تايم" إلى مساعدة الطفل في إتقان المهارات التطورية الست وتعلم كيفية التواصل مع الآخرين، وهو عبارة عن علاج فردي مكثف يتألف من 6 ـ 10 جلسات لعب في اليوم، وتستغرق كل جلسة من 20 ـ 30 دقيقة، وتكون الجلسات على الأرض.

الأسلوب السلوكي والتعليمي Behavioural\Educational Approaches:

أولاً: تحليل السلوك التطبيقي Applied Behavioural Analysis (ABA)

انطوت أفضل نتائج تحليل السلوك التطبيقي على 47٪ نجاح في دراسة الدكتور لافاس الأصلية عام 1987، ويعد عامين أو أكثر من إجراء برنامج تحليل السلوك التطبيقي، تطبق برنامج مكثف مكون من 40 ساعة في الأسبوع. وأشارت النتائج إلى أن نسبة 47.37٪ من نسبة الأطفال ذوي التوحد في سن ما قبل المدرسة والمشاركين في البرنامج تحسنوا وأصبحوا متميزين عن أقرانهم.

وأظهرت دراسات سميث (Smith,1999) عن نتائج تحسن طفيف في الدرجات الخام لكنها غير دالة إحصائياً، وكان تحليل السلوك التطبيقي فعالاً – مثل أي سلوك آخر – مع بعض الأطفال التوحديين، كما لم يكن فعالاً مع بعضهم الآخر، والشهرة الواسعة التي نادت "بأن تحليل السلوك التطبيقي هو الأسلوب الوحيد الذي ثبت علمياً والذي يعتبر ضرورة طبية"، هذا النداء جلب العديد من الانتقادات، وانقسمت الآراء بين مؤيد ومعارض: فالمؤيدون يدعون بأن تحليل السلوك التطبيقي هو العلاج الوحيد للتوحد الذي تم التحقق من صحته علمياً، أما المعارضون يقدمون أدلة حول عدة علاجات تطبق عليها معايير الصدق العلمي بوضوح، وبعضها يفوق تحليل السلوك التطبيقي فيما يتعلق بالدعم العلمي، مثل اتباع حمية خالية من الجلوتين والكازين، والعلاج المضاد للفطريات، فيتامين ب 6، والعلاج بالمغنيسيوم (Rimland, 1999).

وبشكل عام، فإن المبادئ السلوكية في تعليم المهارات والتفاعل المكثف مفيدة للجميع وليس فقط للأطفال التوحديين. وما يتم انتقاده غالباً في طريقة لوفاس استخدام أساليب مختلفة لإزالة سلوكيات معينة بغض النظر عن مسببات هذه السلوكات – والتي يمكن معالجتها بشكل فعال عبر اتباع الحمية وحل فرط التحسس وغير ذلك –.

ثانياً: تيتش TEACCH

Treatment And Education Of Autistic And Related Communication Children Handicapped

هناك سبعة مبادئ أساسية:

1. التكيف المحسن **Improved Adaptation**:

من خلال تطوير المهارات وتعديل البيئة للتغلب على العجز.

2. تعاون الآباء **Parent Collaboration**:

يعمل الآباء مع الأخصائيين كمعالجين متعاونين لأبنائهم، وبذلك، يوفرون ثباتاً واستمراراً لهذه النظرية.

3. قياس للعلاج الفردي **Assessment For Individualized Treatment**:

على أساس قياس منتظم للقدرات وبرامج تربوية فردية خاصة مصممة لكل فرد.

4. تعليم منظم **Structured Teaching**.

5. إثراء المهارات **Skill Enhancement**:

يركز العمل على تطور المهارات المنبثقة.

6. العلاج السلوكي المعرفي **Cognitive Behaviour Therapy**:

يتم توجيه الاستراتيجيات التربوية عن طريق النظريات المعرفية والسلوكية التي تقول بأن السلوك المتحدي ينشأ عن مشكلات كامنة في الإدراك والفهم.

7. التدريب العام **Generalist Training**:

يتم تدريب الأخصائيين لكي يفهموا الطفل ككل ولا يتخصصون كمعالجين نطق أو علماء نفس وغيرهم.

ويذكر ميسيبوف (Mesibov,1993) أن هذا الأسلوب يقود إلى استقلال أكبر وقدرة على التكيف لأنه يركز على أعمال روتينية لها معنى ووضوح بصري لتعليم التوحديين كيف يعملون دون مساعدة المستشارين البالغين.

ويعالج TEACCH الصعوبات في Difficulties In:

1. التنظيم.	Organization
2. العمليات السمعية.	Auditory Processing
3. الذاكرة.	Memory
4. عمل تنقلات.	Making Transitions

كما أنه يقدم تركيباً يساعد الفرد على الشعور بالأمان والاسترخاء، كما أنه يركز على الاستراتيجيات الإيجابية لإدارة السلوك، وهناك خاصية مهمة أخرى لهذه البرامج وهي التعليم البصري مثل: الجداول البصرية.

الأساليب المعرفية Cognitive Approaches:

أولاً: العلاج السلوكي المعرفي Cognitive Behaviour Therapy

استخدم هذا الأسلوب بنجاح مع الأشخاص الذين يعانون من اضطراب في المزاج كما يقول تونج ورفاقه (Tonge et al,1999)، وبما أنه يوجد احتمال للأطفال والبالغين المصابين باسبيرجر لأن يطوروا اضطراباً ثانوياً في المزاج، فإن العلاج السلوكي المعرفي المعدل حسب الخصائص المعرفية غير العادية للأفراد المصابين باسبيرجر يمكن أن يكون مفيداً لهم.

ويتألف العلاج من مرحلتين:

- قياس طبيعة ودرجة اضطراب المزاج Nature and Degree of Mood Disorder باستخدام مقاييس التقدير الذاتي والمقابلات.

- التعليم الفعال Affective Education، يتخلله:

1. مناقشات Discussions
2. تمرينات Exercises
3. إعادة معرفة Cognitive Restructuring
4. إدارة الإجهاد Stress Management
5. التأمل الذاتي وغيرها Self Reflection

وتجري التعديلات لكي تناسب الخصائص المعرفية التي يتسم بها الأفراد ذوو متلازمة اسبيرجر، فعلى سبيل المثال:

في مرحلة التقويم:

يستخدم التمثيل الصوري للتدريج في الخبرة والتعبير عن المزاج – ثيرموميتر، مقياس الحجم وغيرهما –.

وخلال مرحلة التعليم الفعال:

يتعلم الأفراد التحري عن درجة الانفعال داخل أنفسهم وداخل الآخرين، مثل:

- التعرف على المفاتيح البارزة في تعابير الوجه لدى الشخص. Facial Expression
- لغة الجسد. Body Language
- نغمة الصوت. Tone of Voice

وهنا يوجد ارتباط والتصاق بين التعليم العاطفي والتعليم الفعال: فلا يوجد تعليم دون ما سبق عرضه. (للمزيد من المعلومات، انظر الكتاب الثالث من سلسلة نظرية العقل للمؤلفين).

كما أنهم يتعلمون حسب نظرية العقل والعقلانية الاجتماعية وحل الصراعات ومهارات الصداقة.

ويهدف إعادة التركيب المعرفي إلى تمكين الشخص من إصلاح المفاهيم المشتتة والاختلال في المعتقدات، ويبين آتوود (Attwood,1999) أن العملية تشمل تحدي تفكيرهم الحالي بأدلة منطقية والتأكيد على جعل انفعالاتهم عقلانية، ويتم إنجاز ذلك بمساعدة مجموعة من الأساليب قامت كارول جري (Carol Gray,1998) بتطويرها وهي:

- القصص الاجتماعية. Social Stories
- المناقشات الكوميدية. Comic Strip Conversations

ويتم تعليم إدارة الإجهاد كإجراء مضاد للشرطية من خلال مجموعة من الاستراتيجيات مثل: الاسترخاء المنضبط حسب مفاتيح معينة.

ثانياً: الاتصال/الأساليب اللغوية Communication Language Therapy Approaches

1. نظام الاتصال عبر تبادل الصور (PECS):

Picture Exchange Communication System

أظهرت الأبحاث التي أجراها بوندي وفروست (Bondy and Frost,1994) على مجموعة من الأطفال من ذوي اضطرابات النمو الشامل ويعانون من مشكلات نطقية وكلامية بلغ عددهم (ن= 66) طفلاً تحت عمر 5 سنوات، ويعد تصميم برنامج يعتمد على نظام الاتصال عبر تبادل الصور (بيكس) (PECS)، وتم تطبيقه لمدة تزيد عن عام، تم التوصل إلى أن:

- 44 طفلاً تعلموا كيف يتكلمون بعفوية.
- 14 طفلاً طوروا بعض الكلام.
- 8 أطفال منهم لم يتطور الكلام لديهم، مع العلم بأنهم استمروا في استخدام نظام الاتصال عبر تبادل الصور بنجاح.

2. لغة الإشارات Sign Language:



ثم تكون لغة الإشارات ناجحة مع الأفراد التوحديين، وفي دراسة بونفيلان ونيلسون (Bonvillan and Nilson, 1978) على عينة مكونه من (ن= 70) طفلاً توحدياً لديهم مشكلات في الأداء اللغوي، ويعانون في عمليات التواصل.

- أظهرت النتائج إخفاق كل أفراد العينة في اكتساب إشارة واحدة على الأقل.
- كما أبرزت تبايناً دالاً إحصائياً بين أفراد العينة فيما يتعلق بالأداء اللغوي لكل فرد.
- كما أظهرت النتائج تعلم بعض الأطفال كيفية استخدام اللغة الإنجليزية ونطقها.
- وبينت النتائج اكتساب لغة الإشارة من قبل بعض الأطفال.
- كما أبرزت الدراسة أن الأطفال اللذين اكتسبوا لغة الإشارة تحسنوا تحسناً جوهرياً في مهارات النطق.
- كما بينت نتائج الدراسة عدم اكتساب بعض الأطفال لغة الإشارة وظلوا بكماً.

3.1 الاتصال الميسر (FC) Facilitated Communication:

يستند الأساس النظري للاتصال الميسر على الافتراضات التالية:

- هناك عدد من الأشخاص لا يستطيعون التواصل بسبب عسر التناسق، ويذكر كلٌّ من بكلين؛ كروسلي وريمنغتون وجيرني (Biklen 1990;Crossley and Remington -Gurney, 1992)، أنهم يعانون من مشكلات تتعلق بـــ:

أ. تقليد وإيقاف الأعمال Imitating and Stopping Action

ب. تعديل معدل سرعة العمل Modulating the Pace of Action

ج. الاندفاع Impulsiveness

د. عدم القدرة على الكلام Inability to Speak

هـ. الترديد المرضي للكلام بشكل آلي (مصاداة) Automatic Echolalic Speech

و. النطق Articulation

ز. علم العروض Prosody

- يمتلك العديد من الأشخاص ممن يعانون من إعاقات نمائية وغيرهم من ذوي التوحد؛ مهارات كتابة وقراءة دون أن يعرف الآخرون أنهم يستطيعون القراءة والكتابة، فهم لا يمتلكون الوسيلة لعرض مهاراتهم.

وبالنسبة لأنصار الاتصال الميسر، يتغلب الاتصال الميسر على صعوبات التناسق من خلال الدعم الجسدي والانفعالي حيث يقوم الأخصائي بمساعدة الشخص على الإشارة إلى صورة أو رمز أو حرف، وقد يشمل الدعم الجسدي:

أ. مساعدة في عزل السبابة.

ب. تثبيت الذراع للتغلب على الارتجاج.

ج. مقاومة خلفية على الذراع، وسحبها إلى الخلف للتغلب على الاندفاع، ومنع الشخص من ضرب نفس مفتاح الحرف بشكل متكرر.

د. لمسه على الذراع أو الكتف، لمساعدة الشخص في بدء إعطاء الإشارات أو الطباعة.

ويؤكد أنصار الاتصال الميسر على أن الاتصال الميسر ليس علاجاً للإعاقة، بل وسيلة للتواصل؛ وهدفه طويل الأمد هو الطباعة المستقلة، وعلى الرغم من توثيق قصص ناجحة لأشخاص تعلموا التواصل من خلال الاتصال الميسر، وحقق بعضهم استقلالاً كاملاً في الطباعة، إلا أن هناك الكثير من الجدل المثار حوله.

الأساليب الانتقائية Eclectic Approaches:

تستخدم بعض المعالجات عناصر مختلفة من أساليب مختلفة من أجل التكيف مع الحاجات الفريدة لكل فرد توحدي، وسوف يكون الأمر فعالاً لو لم يكن هنالك العديد من "الأجزاء والقطع"، فعلى سبيل المثال، تدعي بعض الأساليب - وهي تلك التي يطلق عليها الأساليب الكلية - أنها مفيدة، ليس فقط للتوحديين ولكن أيضاً للإعاقات الأخرى، مثل:

1. فرط الحركة الزائد.
2. إعاقات النمو الشامل.
3. نقص الانتباه الانتقائي.
4. إصابات الدماغ.
5. الشلل الدماغي.
6. متلازمة داون.
7. متلازمة توريت.
8. الجلطات الدماغية Stroke.
9. الاكتئاب Depression.
10. الاضطراب الاستحواذي القسري.
11. الصعوبات السلوكية.
12. عسر القراءة Dyslexia.
13. التأخر اللغوي Dyspraxia Language Delay وغيرها الكثير.

لأنهم يستخدمون أساليب من تخصصات عديدة مثل الطب وإعادة التأهيل، علم النفس، التربية والتغذية.

ونظرياً، فإن الأخصائيين الذين يوفرون مثل هذه المعالجات عليهم أن يكونوا مؤهلين في عدة تخصصات.

وفي تقريرهم حول فعالية المعالجات في التوحد، استنتج جوردان ورفاقه (Jordan et al, 1998) عدم وجود دليل قوي يحبذ وجود أسلوب واحد لطفل توحدي يكون أفضل من غيره، على الرغم من أن نتائج الأبحاث تظهر أن:

- التدخل المبكر قد ينتج عنه آثار إيجابية، وتحولات مرضية بشكل كبير.
- يستفيد التوحديون من البرامج التربوية المنظمة بشكل جيد والمصممة حسب حاجات الفرد الخاصة.

- هناك حالات نادرة من "التحسن" يدعيها كل أسلوب، ولكن هناك حاجة إلى إجراء أبحاث موسعة لتقرير صدق وثبات هذه النتيجة.
- هناك دائماً بعض الأطفال الذين يكون أداؤهم جيداً وغيرهم لا يكونون كذلك.
- الجمع بين أكثر من أسلوب ـ الأسلوب الانتقائي ـ، قد يكون فعالاً بشكل أفضل، حتى لو كان هناك احتمال لأن يسود أسلوب واحد.
- ومن المحتمل أن هناك تحسينات أكيدة جاءت نتيجة للنمو السوي، وليس لنوعية العلاج الذي تم توفيره.
- يجب النظر إلى الآباء على أنهم شركاء مهمون في أي تدخل.
- يجب أن يكون اختيار العلاج مستنداً ليس فقط على فعالية العلاج، ولكن أيضاً على تقويم الآثار الجانبية المحتملة على الطفل والعائلة بأكملها.
- يدعي بعض الآباء أن هناك أساليب تعطي نتائج سلبية وهذا من وجهة نظرهم.
- وبسبب تعدد الاضطرابات المماثلة وتباينها النوعي والكمي، وأيضاً الطبيعة الطيفية للتوحد، والأسباب العديدة المحتملة للحالة.

لا يوجد هناك أسلوب واحد يمكن القول بأنه فعال لجميع الأفراد اللذين يعانون من التوحد: فما يكون فعالاً مع طفل ما، لا يكون فعالاً مع طفل آخر، ويجب اختيار العلاج بشكل فردي اعتماداً على مواطن الاحتياج والقوة لدى كل طفل.

هل يمكن الشفاء من التوحد؟ Is Autism Curable?

هناك موافقة عامة على إمكانية علاج التوحد، ولكن، هل يمكن الشفاء منه؟ يعتقد بعض الباحثين منهم ريملاند (Rimland,1994) أن التحسن والشفاء من التوحد ـ الذي يعتبر عادة أنه إعاقة تستمر طوال العمر ـ ممكن.

ويميز ريملاند بين الشفاء الكامل والشفاء الجزئي أو الاقتراب من الشفاء، كما يدعم نظريته ببعض العبارات من سرد شخصي ـ لأفراد توحديين ـ وسرد لأمهات أطفال ـ قصص شفاء كتبتها أم مع فصول أو كتابات لاحقة من قبل الأطفال أنفسهم ـ.

وبالنسبة لريملاند، فإن حالات "الشفاء الجزئي" هي حالات الأشخاص الذين يعانون من توحد عالي الأداء والذين كانت حياتهم مستقلة ويعملون في مهن ناجحة، وأنجزوا الكثير في حياتهم وأكثر، مما يأمل معظم الأشخاص غير المعاقين أن ينجزوه: مثل تمبل جراندن، دونا ويليامز، وسين بارون، ومع ذلك، لدينا هنا تفسيرات مختلفة لمفهوم الشفاء.

وبالنسبة لريملاند إذا بدا عليهم أنهم قد شفوا، وإذا تصرفوا كما لو أنهم شفوا، وإذا اعتقدنا بأنهم شفوا، يكونون عندئذ قد شفوا.

ومن المحتمل أن بعض هؤلاء الأفراد الذين "تم شفاؤهم" لديهم سلوكيات مراوغة وشاذة: وإذا كان الأمر كذلك........ وماذا في ذلك؟! ....

ومن منا لا يملك سلوكيات غريبة!!! ؟

ولا يشمل هذا التفسير مفهوم التوحديين الأذكياء Intelligent Autistic Person's الذين يعانون من توحد عالي الأداء، الذين يمكنهم أن يعيشوا حياة ناجحة ومنتجة، وهو يستثني احتمال أن يكون الشخص توحدياً ولكن ناجحاً، كما أنه يتعامل أكثر مع الكيفية التي "يبدو" بها الشخص ـ بشكل لا يتميز به عن أقرانه ـ، وكيف يتم إدراك الشخص من قبل الأغلبية أكثر منه عن كيف يشعر الفرد.

وإذا ما كان الشخص الذي عاني من توحد، والذي تطور من طفل توحدي يعاني من توحد متدني الأداء إلى بالغ توحدي يعاني من توحد عالي الأداء، يقال بأنه قد تحسن: عندئذ، نقول نعم إن الشفاء من التوحد ممكن.

وهناك العديد من الأشخاص الذين لم يتم تشخيصهم على أنهم مصابون باضطرابات الطيف التوحدي ASDs والذين يمكن اعتبارهم شفوا بطريقة عفوية، ولكن لماذا يبحث العديد منهم عن تشخيص فيما بعد في حياتهم؟

واستناداً على فلسفة أن الشفاء ممكن، وبإلهام من ضرورة إجراء أبحاث في مجال الأسباب والعلاج، أطلقت شعارات مثل:

- اهزم التوحد الآن.
- واشف التوحد الآن.

والهدف الرئيس لهذه الحركات تجميع الرواد والمناصرين في ميدان التوحد للمشاركة في معرفتهم وخبرتهم وزيادة الأبحاث التي تهدف إلى الشفاء من هذه الحالة.



الفصل السابع
أفكار للمشاركة
Thoughts To Share

التوحد: إعاقة أم اختلاف؟ Autism: Disability Or Difference?

هناك وجهة نظر لبارون كوهين (Baron-Cohen,2000) تقول بأن مصطلح اختلاف فيما يتعلق بالتوحد عالي الأداء واسبيرجر هو مصطلح أكثر حيادية، ووصف أكثر عدلاً من المصطلحات الأخرى مثل عجز Impairment، إعاقة Disability أو قصور Deficiency، ويقدم اقتراحاً مهماً يتعلق فيما إذا كان التوحد عالي الأداء واسبيرجر يقود بالضرورة إلى إعاقة، أو أنهما يمثلان، وببساطة، اختلافاً.

وكان هانز اسبيرجر Hans Asperger مفتوناً بالقدرات غير العادية للمترددين على عيادته، ويرى بأن هؤلاء الأفراد لديهم الكثير لتقديمه للمجتمع، ولذلك، يجب الاهتمام بهم وتطوير مواهبهم، وفي هذا السياق يدعم سيمون بارون كوهين وجهة النظر هذه، ويقترح انتقالاً مهماً في التركيز عند وصف التوحد، من وصف التوحد على أنه قصور، إلى أنه أسلوب معرفي مختلف Different Cognitive Style.

وفي الوقت الذي يتم فيه التأكيد على أن التوحد متدني الأداء يمكن اعتباره إعاقة Disability، يرى بارون كوهين أن التوحد عالي الأداء اسبيرجر يمكن تفسيره بشكل أفضل على أنه اختلاف Difference، وعلى هذا النهج يبرز ما يلي:

- وجود خصائص معينة مثل:

1. اهتمامات قوية وثابتة.
2. افتتان بالأجهزة وليس بالناس.

وهذا لا يعني أن الشخص معاق، بل يشير إلى اختلاف في التفكير.

- إن النظام العصبي للتوحد عالي الأداء واسبيرجر لا يكون أفضل أو أسوأ منه في التطور العادي، ولكن يوجد مدى من الاختلافات العصبية مثل: ازدياد كثافة الخلايا في بعض مناطق الدماغ، وهذا بدوره يظهر اختلافاً بين أدمغة الناس المصابين بتوحد عالي الأداء واسبيرجر وغير المصابين بهما، ولا يمكن اعتبارها دليلاً على أن نوعاً من الأدمغة أفضل أو أسوأ من أنواع أخرى.
- يمكن أن تظهر العديد من خصائص توحد عالي الأداء واسبيرجر في سياق أسلوب معرفي مختلف دون التضمين بأنه أفضل أو أسوأ من الأساليب المعرفية لدى غير المتوحدين.
- تتناسق وجهة نظر الاختلاف أكثر مع مفهوم السلسلة Continuum Concept.

والأكثر من ذلك، يعتبر بارون – كوهين أن هناك نموذجين يحاولان إظهار أبعاد الاختلافات بين توحد عالي الأداء واسبيرجر وما يطلق عليه السوية:

1. نموذج علم النفس الشعبي Folk Psychology، والفيزياء الشعبية Folk Physics:

يوضح دانيال بوفينللي (Daniel J.Povinelli,2003)، مفهوم علم النفس الشعبي Folk Psychology والفيزياء الشعبية Folk Physics أن الأفراد من ذوي اضطرابات النمو الشامل غير مدربين على معرفة الظواهر الفيزيائية الأساسية، مثلاً في مجال الذكاء الاصطناعي والجاذبية والقوة، والدمار، كما أن لديهم قصوراً في مفهوم السببية ومجال الإلكترونيات، علاوة على سوء فهم للآلية الكامنة للمفاهيم. وفي

مجال الإلكترونيات على وجه التحديد يرى المؤلفان أن هذا لا ينطبق على كل الأفراد من ذوي اضطرابات النمو الشامل، لأن الميدان يبرز لنا مواهب مدهشة في التعامل مع التكنولوجيا، والتكنولوجيا المساندة؛ لدى فئة عريضة من هؤلاء الأفراد.

وقد يتعامل هؤلاء الأفراد في تفاعلهم مع العابهم بنظرية الروبوت، ويمكننا أن نرى هذا في الطريقة التي يلعب الأطفال الصغار بها، وفي كيفية التعامل مع الأشياء من حولهم.

لوحظ هذا في قرود الشمبانزي، وقد ثبت أنها تمتلك قدرة ملحوظة على صنع واستخدام أدوات بسيطة، وفي هذا إعلان عن الحالة النفسية الداخلية للفهم والتفحص والربط والتحليل، لما تكون عليه حالة الشمبانزي؛ ويقدم هذا لمحة نادرة حول كيفية عمل نظرية العقل، ودراسة كيفية تصور وفهم القرود للعالم المادي؛ وفي هذا جاذبية واسعة النطاق لعلم النفس التطوري؛ وعلماء النفس النمائي، والمهتمين في شبه تخصصات العلوم المعرفية (الفلسفة والأنثروبولوجيا).

بعض علماء النفس النمائي قدموا مفاهيم قيّمة لتقييم مفهوم النسبية عند الأطفال الصغار، وفي جزء منها ينطوي على العديد من الكائنات هي تقريباً معزولة عن معظم بيئاتها الدينامية، وهنا قد تبنى الجسور الأساسية المشابهة للقوانين الفيزيائية والتي تماثل إلى حد كبير الصورة الفولكلورية للشعوب.

يبدو أن فئة من ذوي اضطرابات النمو الشامل يفتقرون إلى قراءة العقل علم نفس الشعبي (الجماعي)، ولكنهم على درجة جيدة جداً، ومتميزون في فهم الأنظمة والأجهزة، وهذا ما أكد عليه المؤلفان سابقاً.

2. نموذج التماسك المركزي Central Coherence Model:

وفي هـذا النمـوذج والـذي أعدتـه فـيرث (Firth,2003)، يعـدد سـيمون بـارون كـوهين (Baron-Cohen,2000) نقـاط الجـدل المؤيـدة والمعارضـة للنظـر إلى توحـد عالي الأداء واسبيرجر على أنه إعاقة وليس اختلافاً:

يكون سبب الاختلافات، قصور معرفي ناتج عن:

1. نقص في نظرية العقل.	Lack of Theory of Mind
2. تماسك مركزي ضعيف.	Weak Central Coherence
3. اضطراب تنفيذي.	Executive Disorder

ومـع ذلـك، لا توجـد دراسـات أثبتـت أن الفـروق عائـدة إلى الإعاقـة ولـيس العكس.

- إلقاء الضوء على نقص السوية الاجتماعية، أو الاتصال في نفس الوقت الذي يتم فيه تجاهل مواطن القوة، يعتبر وضعاً غير عادل للشخص.
- يعتبر التوحد عالي الأداء واسبيرجر إعاقة عند النظر إليهما من وجهة نظر العائلة والأقران، ومع ذلك، لا يعتبر تصادم الاهتمامات والأساليب بالضرورة إعاقة، ويحتاج الأفراد للتكيف مع كل منهما.
- يرتبط التوحد عالي الأداء واسبيرجر مع الحالات الطبية مثل: الصرع أو الإعاقة العقلية، ومع ذلك، لا تكون هذه الحالات الطبية المرتبطة بهما مقتصرة على توحد عالي الأداء واسبيرجر، ويمكن أن توجد لدى غير التوحديين أيضاً.
- يعتبر التوحد عالي الأداء واسبيرجر إعاقة لأنه يضم حاجات خاصة ودعماً إضافياً، ومع ذلك، فإن هذه القضية متعلقة بالسياسة الاجتماعية والصحة والتعليم والاقتصاد والنظام القانوني، وهنا اعتباره إعاقة يختلف عن الاعتبار السابق الذي رأى بأنه اختلاف.

التوحد في ثقافات مختلفة Autism In Different Cultures:

يمكن أن يتنوع التوحد اعتماداً على الثقافة، فقد يأخذ شكلاً من أشكال الإعاقة وقد لا يأخذ، فهو اضطراب لأنه منحرف عن ما يعتبر النمط المعياري.

يمكن أن ينظر إلى التوحد على أنه إعاقة حادة، تبعاً لتنوع المعايير الثقافية والقيم مع مرور الوقت، وبشكل متناقض، وضمن المجتمع المعاصر في الدولة المتطورة، حيث توضع المهارات الاجتماعية والاتصالية في قمة القيم الثقافية.

ومن ناحية أخرى، قد يحسن نظام الحوسبة من توقعات الأفراد التوحديين المصابين بتوحد عالي الأداء واسبيرجر الذين يمكن لإعاقتهم – مع مهارات الحاسوب التي تعتبر منتجات مرافقة – أن تمكن العديد منهم من جعل حياتهم منتجة، وأكثر تفاعلاً.

معالجة الأعراض Treating Symptoms:

من الصعب جداً العثور على خدمة مناسب للفرد التوحدي، ليس فقط بسبب نقص الموارد، ولكن أيضاً بسبب عدم كفاءة وكفاية بعض المؤسسات.

وفي الوقت الذي يتم فيه البحث عن مدرسة مناسبة لأفراد التوحد، يصاب أولياء الأمور بخيبة أمل وصدمة عندما يجد مركز يقبل ابنه التوحدي يتصدم بالتعليمات وبالأهداف المعلنة والتي تتبلور في:

- تخفيف السلوكيات التوحدية.
- تخفيف أعراض اضطراب الطيف التوحدي لدى الطفل.

ويتمثل الألم وتهتز المشاعر في أن الأمل المراد من الالتحاق بالمدرسة، يبلور في كلمة واحدة هي التخفيف، وتزداد الصدمة بمواجهة الحقيقة في أن

الفـرد التوحـدي ينحـصر تعليمـه في مبـدأ التخفيـف لا مبـدأ التجديـد والتطـوير للمهـارات الحياتيـة والعلميـة، ويتخـذون مـن حالتـه قياسـاً في العمـل مـع الإعاقـات مـن خـلال تلبيـة حاجاتـه، وضـع برنـامج تربـوي مـنظم يخفـف مـن سـلوكياته التوحدية.

بعض الملاحظات للأخصائيين Some Hints To Professionals:

يوجـه الآبـاء والأفـراد التوحـديون أنفـسهم، جملـة مـن الملاحظـات للأخـصائيين، وهـذه الملاحظـات ناتجـة عـن مـن المـشاعر الداخليـة الـصادقة، قـد تكـون وليـدة الألم الـذي يبحـث عـن الأمـل، والـصدمة الـتي تبحـث عـن مـا يخففها:

1. فالآباء يقولون..................:
   - خذ الطفل التوحدي.
   - أعد تقديره لذاته.
   - علمه أن يكون فخوراً بنفسه.
   - علمنا أفضل السبل لتربيته.
   - ينبغي تعليمه استراتيجية للتكيف مع التحديات التي يظهرها.
   - قدموا النصائح لأخوته، وعلموهم كيف يستخرجون القوة بدلاً من الضعف من شقيقهم التوحدي.
   - نعم نعرف لا لديكم العلاج الشافي، ولكن هناك فرصاً جيدة أمامكم للإصلاح.
   - ميولكم الطبيعية تملي عليكم تقديم الطمأنينة وتخفيف آلامنا.

عندما يلتقـي الآبـاء مـع الأخـصائيين، يـشعرون بـأنهم في نهايـة المطـاف بعـد جولـة طويلـة ومـضنية: محـدثين أنفـسهم بـأن هـؤلاء هـم: المعـالجون

لأولادنـــا، ونتمنـــى مـــنهم بـــأن يزودونـــا بالتعليمـــات المفيـــدة والإجابـــات الشافية والمريحة لنا ولأولادنا التوحديين، وكل ما نريده هو الأمانة في العمل معهم.

2. وأفراد التوحد يقولون...................:

- يجب أن يكون دور الأخصائيين مساعدة التوحديين في استخدام قدراتهم ومهاراتهم المتوافرة لديهم ليتعلموا أو ينموا.
- مساعدة التوحديين في تطوير استراتيجيات للتعامل مع زيادة الحساسية الحسية عن طريق:
  1. استخدام سدادات للأذن.
  2. عدسات ملونة.
  3. تعديل الملابس لتتواءم مع حساسية اللمس.
  4. توفير الفرص للضغط العميق أو التحفيز السمعي، وغيرها.
- تعليم المراقبة الذاتية والإدارة الذاتية للسلوك والانفعالات.
- تعلم وتعليم مهارات الترجمة لتمكين التوحديين من ذوي أنظمة الاتصال المختلفة من التواصل مع بعضهم البعض.
- تقبل التوحد والعمل معه.
- تطوير المهارة الأقوى لدى التوحديين.
- على جميع المعلمين والمرشدين والمعالجين والأخصائيين نشر وزيادة النمو والتعلم.
- وجوب مساعدة التوحديين في النمو والتطور ليصبحوا أشخاصاً توحديين ذوي قدرات أعلى، وليس الهدف دفعهم لأن يصبحوا غير توحديين.

وماذا في الاسم؟ What's in a Name?

هناك الكثير من العلاجات للتوحد، وإذا بحثت عن جميع الطرق العلاجية المتوافرة، سوف تجد مئات منها (!) ومع ذلك، وفي الحقيقة؛ فإن الطرق الأصلية قليلة. ولقد تم تعديل معظمها، وإعطاؤها اسماً آخر، و لا يقدم أي منها أي شيء جديد.

قد يكون الاسم هو الذي يجلب كل الاختلاف، وقد يعيق أو يزيد من التطور في ميدان التوحد، ويبدو أن الشيء الصحيح الذي يجب القيام به الاعتراف بالأبحاث وتطويرها بشكل أوسع، مع الرجوع للأفكار الأصلية، وسوف يعطي هذا استمراراً، وفرصة لرؤية نتائج الأبحاث ككل والمحاولات والمخاطر المحتملة لكي يتم تجنبها.

> **مجرد فكرة**
>
> أليس من الأفضل، بدلاً من إعادة اختراع العجلة، تحسين السيارة الموجودة؟

نظريات التوحد.. هل يتم تفسير اللغز؟

إن النظريات التي وضعت عن التوحد أكثر من نظريات أي اضطراب نمائي آخر، وبما أن التوحد شديد التعقيد، فقد يفسر أي تركيب نظري جزءاً منه، وجميع هذه النظريات مفيدة بطريقة ما، حيث تجلب كل واحدة منها فهماً عميقاً وجديداً وأسلوباً جديداً لنفس المشكلة.

ومع تراكم نتائج الأبحاث، إما أن يتم رفض الأفكار القديمة، أو تعديلها، وهذا أسلوب سليم لوضع النظريات، أو تعديل النظرية الموجودة حسب البيانات الجديدة، إذا كان هذا ممكناً، لخلق نظرية جديدة لتفسير الأدلة الجديدة.

ونحن غالباً ما نرى ما نريد أن نراه، فنحن مقيدون بإدراكنا للمشكلة عن طريق العمليات العقلية، وأي شيء جديد لا يتناسب معها، يتم رفضه أو إجباره على التناسب مع المفاهيم الموجودة، ولو كان آينشتاين خائفاً من تخيل المستحيل، لن نكون حيث نقف الآن.

مجرد فكرة

على الرغم من الادعاءات بأن لغز التوحد قد تم تفسيره، لا يزال هناك طريق طويل للسير فيه وإيجاد الحل لهذه الأحجية، وفقط عندما نتعلم كيف نحطم مجموعاتنا العقلية التي تمنعنا من رؤية نفس المشكلة ووجهات النظر المختلفة، يمكننا أن نرى "الفيل" بأكمله.

الثالوث APP ونظرية العقل:

تحدث الاضطرابات النمائية نتيجة أسباب عديدة ويمكن تقديم صورة مجازية للتعبير عنها من خلال نخلة قابلة للإنتاج:

- فالجذور Roots تنتشر وتتوغل بشكل عميق في التربة (أسباب بيولوجية مختلفة لا زالت غير معروفة).
- والجذع Trunk (نفس نماذج التطور النفسي الناتجة عن الأعراض المتشابهة).
- والأغصان والفروع Branches and Twigs (تفرد خصائص كل حالة).

يحتاج النخيل إلى عمليات التكريب (تشذيب وتقليم) وتهذيب الأوراق وتعديل النخيل المعوج وإضافة الرمل الزراعي وأي عمليات أخرى، وهذه العمليات يحتاجها الأفراد ذوو الاضطرابات النمائية، فإزالة السلوكات غير المرغوبة، قبل إجراء عمليات التعليم والتدريب، لكن ينبغي أن نبحث عن

الأوقـات الأفـضل للعمـل مـع هـؤلاء الأفـراد، فالأوقـات الأفـضل النخيـل مـثلاً يفـضلها المزارعـون في أشـهر مـارس، أبريـل، مـايو، سـبتمبر، أكتـوبر، نـوفمبر، كـذلك تختلـف طـرق الـري بـاختلاف الظـروف المناخيـة ومـصادر الميـاه ووفرتهـا ونوعيــة التربــة، وعلــى نفــس الــشاكلة يختلــف التعامــل مــع الأفــراد ذوي الاضــطرابات النمائيـــة، بـــاختلاف نـــوع الاضـــطراب والظـــروف المنزليـــة، والمجتمعيـة، ونوعيـة البـرامج ووفرتهـا، ونوعيـة التكنولوجيـا والتقنيـات المختلفـة، وإعـداد الأخـصائي صـاحب المهنـة والرسـالة، في إطـار تـوافر الإمكانـات الماديـة والمعنوية.

النخـل يتحمـل العطـش وملوحـة الأرض والطفـل ذو الاضـطرابات النمائيـة يتحمل الإهمـال وعـدم الـوعي مـن المحيطين وبـذاءة وجهالـة غـير المتعلمين والبعـدين عن الثقافة والدين.

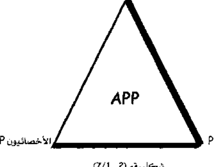
كمـا أن جـذع النخلـة يتسم بأنـه غلـيظ ويرتفـع مـسافة 30 متراً، تتـوج الجـذع أوراق ريشية كبيرة ـ السعف ـ بهيـة المنظـر كـذلك الطفـل ذو الاضـطرابات النمائيـة يتسم بهيئـة بهيـة المنظـر كمـا يتسم بأنـه أعلـى مـن محيطيـه، لـذا يلزمـه الأخـصائي المتدرب، وولـي الأمـر الـواعي، والمجتمـع المؤهـل، للـصعود إليـه، فيحـرك فيـه قدراتـه الـتي يراهـا المحيطـون بـه بأنهـا صـغيرة، فهـو قابـل للتـدريب وقابـل لأن يـصل لمرحلـة النـضج فهـو كثابلـحـة أسـطوانية الـشكل بحاجـة إلى مـن يحتـضنها صـغيرة الحجـم يسهل احتواؤها خضراء اللون في حاجة إلى الرعاية لاكتمال نضجها.

وهــذا التــشبيه لم يــأت مــن فــراغ فالــصعود علــى النخـل لا يتقنـه إلا النخــال الوارث للعمل والمعايش للواقع، لذا ينبغي العمل على إعداد الأخصائي النخال.

ويمقــدورنا أن نــدع النخلــة تثمــر، وهنــا، ســوف نحتــاج إلى الثــالوث مــرة أخـرى، ولكــن في هــذه المـرة، لــيس ثـالوث الإعاقــات، ولكــن ثــالوث وجهــات النظر ـ ثالوث APP؛

- الفرد التوحدي Autistic person
- الآباء Parents
- الأخصائيون Professionals

والثالوث هو ثالوث الجهود الموحدة لهؤلاء الأشخاص مع بعضهم البعض.



شكل رقم (2 ـ 7/1)

ثالوث الجهود الموحدة

وقبل أن نتمكن من تثقيف العالم الخارجي عن الاضطراب النمائية، وأن نخلق ظروفاً بيئية ملائمة تجعل هؤلاء الأفراد وأقرانهم يشعرون بالأمان والطمأنينة.

> على من يدعون العمل في المراكز والمؤسسات أن يكفوا عن المجادلة والجدال والمناقشة السفسطائية، وأن يتعلموا ويتدربوا على التعلم العاطفي وتفهم نظرية العقل، والتفكير الجمعي والتشاركية لمعالجة القصور الذي ينتاب البعض فينا .



أبرز المصطلحات الواردة في الكتاب



قائمة المصطلحات

A cure	علاج شافي
Anxiety	القلق
Able	قادر
Abnormalities	اختلال
Acceptance	التقبل
Achieve	إنجاز
Acute Neurological	العصبية الحادة
Administrators	المدراء
Advantages	المزايا، الحسنات
Aggressive Behaviour	السلوك العدواني
Acquired immune deficiency syndrome "AIDS"	"الإيدز" متلازمة فقدان المناعة المكتسبة
An Evil Spirit	الروح الشريرة
An unintended	غير مقصودة
Anger	الغضب
Anti- Cure movement	الحركة المناهضة للشفاء
Anxiety disorder or panic	اضطراب القلق أو الهلع
Applied Behavioural Analysis	تحليل السلوك التطبيقي
Assessment Tools	أدوات القياس

Association	رابطة
Auditory Integration Training	التدريب على التكامل السمعي
Autism	التوحد
Autism Bomb	قنبلة التوحد
Autistic Behaviours	السلوكيات التوحدية
Autistic Bullies	التوحديون المتنمرون
Autistic Shell	صدفة التوحد
Autistic Spectrum Disorders	اضطرابات الطيف التوحدي
Awareness	الوعي
Appreciation Forms	تقدير الأشكال
Air- Swallowing	بلع الهواء
A stagnation Period	مرحلة الركود
Abnormal Biochemistry of The Brain	اختلال كيماوي حيوي للدماغ
Approaches	أسلوب
Attention Deficit Disorder	اضطراب العجز في الانتباه
Applied Behavioural Analysis	تحليل السلوك التطبيقي
Affective Education	التعليم العاطفي
Assessment	تقييم
Auditory Integration	التكامل السمعي
Auditory Defensiveness	الدفاعية السمعية

Auditory Memory	الذاكرة السمعية
An Increase In Comprehension	زيادة الاستيعاب
An Increase In Attention	زيادة في الانتباه
Adaptive Behaviour	السلوك التكيفي
Aggressive Behaviours	السلوكيات العدوانية
Affective	العاطفة
Aggression	العدوانية
Auditory Processing	العمليات السمعية
Autistic person	الفرد التوحدي
Age-Appropriate Language	لغة مناسبة للعمر
A stage of Rapid Regression	مرحلة الارتداد السريع
Apseudostationary Period	مرحلة الاستقرار الزائف
A stage of Late Motor Deterioration	مرحلة التراجع الحركي المتأخرة
Articulation	النطق
Abnormal Intonation	النغمة غير السوية
Biomedical (Pharmacological) Approaches	الأساليب البيولوجية الطبية
Brain Injury	الإصابة الدماغية
Branches	الأغصان
Broken Marriages	انهيار في الزواج
Boys	الأولاد

Bowel or Bladder Control	التحكم بالأمعاء أو المثانة
Body	الجسد
Brain Gym	جمنازيوم الدماغ
Breath-Holding	حبس النفس
Brain	الدماغ
Blue	زرقاء
Behaviours	سلوكيات
Biomedical	الطبية
Baby	طفل
Biochemistry	الكيمياء الحيوية
Body Language	لغة الجسد
Biased	متحيزة
Discrete Trials Behavioural	محاولات سلوكية منفصلة
Beliefs	المعتقدات
Bizarre Laughing Spells	نوبات ضحك غريبة
Communication	اتصال
Complex Communication	الاتصال المركب
Clinical Psychologists	أخصائي علم النفس الإكلينيكي
Cognitive Performance	الأداء المعرفي
Causes	الأسباب

Children	الأطفال
Cognitive Restructuring	إعادة معرفة
Creating	إيجاد أو خلق
Cold	باردة
Contrast	التباين
Coherence	تماسك
Coordination Visual-Spatial Organization	التنظيم البصري والمكاني
Conditions	الحالات
Cancer	السرطان
Cerebral Palsy	الشلل دماغي
Puzzled Child	طفل متحير
Frustrated Child	طفل محبط
Communication Impaired	العجز عن الاتصال
Cognitive Behaviour Therapy	العلاج السلوكي المعرفي
Checklist	قائمة شطب
Cognitive Verbal	اللفظ المعرفي
Childhood	مرحلة الطفولة
Counsellors	مرشدون
Central	مركزي
Cognitive Flexibility	المرونة المعرفية

Consultants	مستشارين
Criteria	المعايير
Cognitive	معرفي
Continuum Concept	مفهوم السلسلة
Comic Strip Conversations	المناقشات الكوميدية
Cradle	المهد
Difference	اختلاف
Dysfunctional	اختلال
Diarrhea	الإسهال
Disintegrative Disorder	الاضطراب التشتتي
Development Disorders	الاضطرابات النمائية
Disorder Of Attention ,Motor Coordination,	اضطرابات الانتباه والتنسيق الحركي
And Perception	والإدراكي
Disorder Of Attention	الاضطرابات الانتباهية
Developmental Disturbances	اضطرابات نمائية
Doctors	أطباء
Disability	إعاقة
Depression	الاكتئاب
Disturbing	الانزعاج
Denial	الإنكار

Dyspraxia Language Delay	التأخر اللغوي
Distractibility	تشتت
Diagnosis	التشخيص
Development	التطور
Diets	الحميات
Diets	الحمية الغذائية
Degree	درجة
Difficulties	الصعوبات
Difficulties in Communication	صعوبات في الاتصال
Difficulties in Imagination	صعوبات في التخيل
Difficulties in Social Interaction	صعوبات في التفاعل الاجتماعي
Dyslexia	عسر القراءة
Deficiency	قصور
Down Syndrome	متلازمة داون
Different	مختلف
Disadvantages	المساوئ
Delayed Processing	المعالجة المتأخرة
Diagnostic Observation	الملاحظة التشخيصية
Discussions	مناقشات
Educational Psychologists	أخصائي علم النفس التربوي

Eclectic Approaches	الأساليب الانتقائية
Executive Disorder	اضطراب تنفيذي
Emotional Ideas	أفكار انفعالية
Emotionally Detached	انعزال انفعالي
Extinction	انقراض
Elective Mutism	البكم الاختياري
Experiment	تجربة
(EEG) Electro Encephala Gram	التخطيط الكهربائي للدماغ
Early Intervention	التدخل المبكر
Educational	التربوية
Echolalia	الترديد المرضي للكلام
Early Diagnosis	التشخيص المبكر
Expression Emotional	التعبير الانفعالي
Education	تعليم
Emotional Thinking	التفكير الانفعالي
Eye- Hand Integration	تكامل العين واليد
Exercise	تمرين
Eye Contact	التواصل العيني
Evil	الشر
Factors Environmental	العوامل البيئية

Expressive Language	اللغة التعبيرية
Example	مثال
Extreme version	نوع متطرف
Facilitated Communication	الاتصال الميسر
Functional Brain Abnormalities	اختلال في وظيفية الدماغ
Failure	إخفاق
Fragmentation Of Perception	تجزؤ الإدراك
Facial Expression	تعابير الوجه
Damage Frontal Lobe	تلف الناحية الأمامية من الدماغ
Foods allegries	الحساسية تجاه الأطعمة
Features	الخصائص
Folk Psychology	علم النفس الشعبي
Filter	فلتره
Folk Physics	الفيزياء الشعبية
Function Areas	مجالات وظيفية
Flexibility in Action	مرونة العمل
Flexibility in Thought	مرونة التفكير
Faith Healers	المعالجون الروحانيون
Fine Motor Skills	مهارة حركية محددة
Generalist Training	التدريب العام

Geographical Boundaries	حدود جغرافية
Gluten- Free	خالي من الجلوتين
Guilt	الذنب
Gravitational Insecurity	عدم الأمان الجاذبية
Gas	الغازات
Grave	اللحد
Groups	مجموعات
Motor Skills Gross	مهارة حركية شاملة
Genetic	الوراثة
Halo Effects	أثر الهالة
Hidden Disability	إعاقة خفية
High Functioning Autism	التوحد عالي الأداء
Hyper-Sensitivity	الحساسية المفرطة
Helplessness	سلب الإرادة
Handful	ضئيل
Hypo	ضعف
Habits	عادات
Hypothesis	فرضية
Hyper	فرط
Hyperventilation	فرط التنفس

Hyperactivity	فرط النشاط
Intellectual Disabilities	الإعاقات الفكرية
Impairments in Communication	إعاقات في الاتصال
Impairments in Social Interaction	إعاقات في التفاعل الاجتماعي
Introvert	انطوائي
Isolated	انعزالي
Interest in the World	الاهتمام بالعالم
Interest in Materials	الاهتمام بالمواد
Ill-Informed Description	الأوصاف غير المطلقة
Ignore the Problems	تجاهل المشكلات
Improvement	تحسن
Improvement in the Articulation	تحسن في النطق
Impulse Control	التحكم بالاندفاع
Imitating	تقليد
Improved Adaptation	التكيف المحسن
Immune System	جهاز المناعة
Ignorance of Environmental	الجهل البيئي
Ill- Judgment	الحكم السيئ
Intimacy	الحميمية
Intelligent	الذكاء

Increasing Eye Contact	زيادة التواصل البصري
Increasing Speech	زيادة الكلام
Induced	الشامل
Impairment	عجز
Insensitivity to Pain	عدم الإحساس بالألم
Inability	عدم القدرة
Individualized Treatment	العلاج الفردي
Impolite	غير مؤدب
Injured	متأذي ، مصاب
Interview	المقابلة التشخيصية
Inhibition of Responses	منع الاستجابات
Irregular Sleeping Patterns	نماذج نوم غير منتظمة
Journal	صحيفة
Loud Sounds	الأصوات العالية
Language Disorders	اضطرابات اللغة
Lacking In Empathy	الافتقار إلى العواطف
Low Functioning Autism	التوحد متدني الأداء
Loos of Friends	خسارة الأصدقاء
Learning Disability	صعوبات التعلم
Loss	فقدان

Lazy — كسول

food Licking — لعق الطعام

Leaky Gut Syndrome — متلازمة البطن الراشحة

Landau- Kelffner Syndrome — متلازمة لاندو – كليفنر

Like Conditions — نفس الظروف

Lack — نقص

Lack of Speech — نقص بالكلام

Metabolic Abnormalities — اختلال في العمليات الأيضية

Mood Disorder — اضطراب المزاج

Mild depression — اكتئاب متوسط

Most Commonly Used — الأكثر استخداماً

Monotropism — الانتباه الأحادي أحادية الانتحاء

Metabolic — الأيض

Munchhausen's Syndrome — متلازمة مونشهاوزن

Misdiagnosed — التشخيص بشكل خاطئ

Mixing of Multiple Voices — تعدد اختلاط الأصوات

Multiple Sources — تعدد المصادر

Mood swings — تقلب المزاج

Perception Coordination — التناسق الإدراكي

Motor Coordination — التناسق الحركي

Mentalist	التحيز الذهني
Moderate Autism	التوحد المتوسط
Mathematical Computation	الحساب الرياضي
Measles	الحصبة
male brain	الدماغ الذكوري
Memory	الذاكرة
Male	الذكر
Messages	رسائل
Monotonic Voice	صوت رتيب
Magnetic Resonance Imaging	صور الرنين المغناطيسي
Method	طريقة
Making Transitions	عمل تنقلات
Minor Differences	الفروق الفرعية
Metaphoric Language	الكلام المجازي
Main Areas	مجالات رئيسة
Monoprocessing	المعالجة الأحادية
Motor Skills	المهارات الحركية
Mumps	النكاف
Model	نموذج
Nonverbal Learning Disability Syndrome	متلازمة صعوبة التعلم غير اللفظي

Neurosensory Approaches	الأساليب العصبية الحسية
Negative descriptions	أوصاف سلبية
Neologisms	تعبيرات غير مألوفة
Non-verbal Learning	التعلم غير اللفظي
National Autistic Society	جمعية التوحد الوطنية
National Society For Autistic Children	الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين
Nature	طبيعة
Nerve	العصبية
Neuro typical Syndrome	متلازمة النمطي العصبي
Nonverbal Learning Disability Syndrome	متلازمة صعوبة التعلم غير اللفظي
Normal Development	نمو سوي
Naughty child	ولد شقي
Other Specialists	أخصائي آخر
Obsessive	استحواذي
Object	الأشياء
Obsessive -Compulsive Disorder	الاضطراب الاستحواذي القسري
Operant Conditioning	التعلم الشرطي
Organization	التنظيم
Options	الخيارات
Oversensitive	فرط الحساسية

Occupational Therapists	معالجون وظيفيون
Overprotective	مفرطون في الحماية
Parents	الآباء
Professionals	الأخصائيون
Perception	إدراك
Peripheral Perception	الإدراك الطرفي
Proprioception	الإدراك الواعي لما حوله
Perceptual	الإدراكي
Purple	ارجواني
Psychodynamic Approaches	الأساليب النفسية الدينامية
Parental disability	إعاقة أبوية
Prevalence	الانتشار
Prevalence Of Autism in parents	انتشار التوحد بين الآباء
positive descriptions	أوصاف إيجابية
Peptides	ببتيدات
Paradoxically	بشكل متناقض
Planning	تخطيط
Planning and Maintenance	التخطيط والصيانة
Parent Collaboration	تعاون الآباء
Picked up	التقاط

Psychomotor	التآلق الحركي النفسي
performance side	الجانب الأدائي
Problem-Solving	حل المشكلات
Proprioceptive	ذاتي التحفيز
Policy	سياسة
Personality	الشخصية
Pre-, Peri-,& Postnatal Difficulties	صعوبات قبل الولادة وأثناءها وبعدها
Policy Makers	صناع قرار
Psychiatric	الطب النفسي
Physical Impairments	عجز جسدي
Postural Insecurity	عدم الأمان
Pronoun Reversal	عكس الضمائر
Pronoun Reversal	عكس الضمائر
Psychodynamic Therapy	العلاج النفسي الديناميكي
Prosody	علم العروض
Profound Autism	التوحد العميق
Play	اللعب
Play Whit Words	اللعب بالكلام
Pathological Demand Avoidance Syndrome	متلازمة تجنب المطالبات المرضي
Perseveration on one topic	المثابرة على موضوع واحد

Perfect	مثالي
Psychological	المجالات النفسية
Reactive	الارتكاسي
Responses	الاستجابات
Relatives	أقارب
Researchers	الباحثون
Rigidity of thought and Behaviour	تصلب في الفكر والسلوك
Relating	التعلق
Roots	الجذور
Rubella	الحصبة الألمانية
Rituals	طقوس
Relationship	علاقة
Receptive Language	اللغة الاستقبالية
Right Hemisphere	نصف الدماغ الأيمن
Rigid	متصلب
Rett's Syndrome	متلازمة ريت
Problems	مشكلات
Related Communication	المعاقون اتصالياً
Processing	المعالجة
Prone To Bizarre Thoughts	معرض لأفكار غريبة

Resistance to Charge	مقاومة التغيير
Rating Scale	مقياس تصنيفي
Reduction	نقص
- Stimulation Self	الإثارة الذاتية
Skill Enhancement	إثراء المهارات
Sensory Integration Dysfunction	اختلال التكامل الحسي
Stress Management	إدارة الإجهاد
Sensory Perceptual	الإدراك الحسي
Semantic Pragmatic Disorder	الاضطراب البراجماتي المتعلق بالمعنى
Sensory Modulation Disorder	اضطراب التعديل الحسي
Sensory Discrimination Disorder	اضطراب التمييز الحسي
Sensory Based Motor Disorder	الاضطراب الحركي المرتكز على الحواس
Schizoid Personality Disorder	اضطراب الشخصية الفصامي
Social and Communication Disorders	الاضطرابات الاجتماعية والاتصال
Sleep Disturbance	اضطرابات في النوم
System Shutdowns	إغلاق الأجهزة
Small Feet	أقدام صغيرة
Social Withdrawal	انسحاب اجتماعي
Self Injurious	إيذاء الذات
Stepping Action	إيقاف الأعمال

Speech Pragmatics	البرجماتية الكلامية
Schedule	برنامج
Self Reflection	التأمل الذاتي
Self Stimulatory	التحفيز الذاتي
Structural	تركيبة الدماغ
Structured Teaching	تعليم منظم
Social Interaction	تفاعل اجتماعي
Sensory Reactivity	التفاعلية الحسية
Self- Regulation	التنظيم الذاتي
Severe Autism	التوحد الشديد
Secondary	الثانوي
Stroke	الجلطات الدماغية
Special Educational Needs	الحاجات التربوية الخاصة
Stereotyped Movements	الحركات النمطية
Sensory	حسية
Social Service	الخدمة الاجتماعية
sensorism	السلوكيات الحسية
Stereotyped Behaviours	سلوكيات نمطية
Son -Rise	شروق الشمس
Suspicion Deafness	شكوك بالمعاناة من الصمم

Smelling food	شم الطعام
Shock	الصدمة
Shout	صرخ
Sound	صوت
Sensory Integration Therapy	علاج التكامل الحسي
social relations	العلاقات الاجتماعية
Signs Of Autism	علامات توحدية
Science	العلوم
Schizophrenia	الفصام
Sensory Agnosia	فقدان القدرة على فهم الإشارة الحسية
Social Stories	القصص الاجتماعية
Symbolic play	اللعب الرمزي
Sign Language	لغة الإشارات
Strained	متوترة
Societies	المجتمعات
Spoilt	مدلل
Social and Self-Help	المساعدة الاجتماعية والذاتية
Support	المساندة
Share	مشاركة
Speech Therapists	معالجو نطق

Sensory Information	المعلومات الحسية
Support	مناصر أو داعم
Social Skills	المهارات الاجتماعية
Social Judgment Skills	مهارات التحكم الاجتماعي
Social Interaction Skills	مهارات التفاعل الاجتماعي
Scoliosis	الميلان الجانبي في العمود الفقري
Sensory Modalities and Language	النماذج الحسية واللغوية
Screaming Spells	نوبات صراخ
Support Staff	هيئات مساندة
Solitary	وحدة
Two - Way Communication	الاتصال ذو الاتجاهين
Test	اختبار
Tactile Perception	الإدراك اللمسي
Use	استخدام أو استعمل
Thoughts	أفكار
Training	التدريب
Tolerance	التسامح
Tension	التوتر
Trunk	الجذع
Tactile Sense	حاسة اللمس

The Proposed Boundaries	الحدود المقترحة
Tactile Defensiveness	دفاعية لمسية
Traits	السمات
Treatment	العلاج
Twigs	الفروع
Teams	فريق
Telegraphic Speech	كلام تلغرافي
Toddlers	الأطفال في سن المشي
Tactility	اللمس
Tourette's Syndrome	متلازمة توريت
The Aloof Group	المجموعة الانسحابية
The Passive Group	المجموعة السلبية
The Logical Group	المجموعة المنطقية
The Active Group	المجموعة النشيطة
The Scene	المشهد
Treating Symptoms	معالجة الأعراض
Teachers	معلمون
The Psycho educational Profile	الملف النفسي التربوي
Talent	الموهبة
Tendencies	الميل

Theories	النظريات
Theory of Mind	نظرية العقل
Tone of Voice	نغمة الصوت
The Broadr Autism Pheno Type	النمط الوراثي البيئي التوحدي الأوسع
Unprofessional	غير أخصائيين
University	جامعة
Unusual Responses To Pain	استجابات غير عادية للألم
Unresponsiveness to Sensory and Social	مرحلة انعدام الاستجابة الحسية
Stimuli Period	والاجتماعية
Unusual Gait	مشية غير عادية
Unusual Responses	استجابات غير عادية
Vestibular System	التوازن
verbal side	الجانب اللفظي
Visual Defensiveness	الدفاعية البصرية
Vestibular	السمعي "الدهليزي"
Violent	عنيف
Vitamin B6 Dependency Syndrome	متلازمة الاعتماد على فيتامين 6
Vestibular System	النظام الدهليزي
Without Intervention	دون تدخل
Workers	عاملون

Weight Loss	فقدان الوزن
Withdrawal	الانسحاب
William's Syndrome	متلازمة ويليام
White Noise	الضوضاء البيضاء
Weak	ضعيف



المراجع





المراجع

أولاً: المراجع العربية

- الإمام، محمد صالح (2010)، قضايا وآراء في التربية الخاصة، عمان، الأردن، دار الثقافة.
- الإمام، محمد صالح، الجوالده، فؤاد عيد (2010 ـ أ)، **الإعاقة العقلية ومهارات الحياة "في ضوء نظرية العقل"**، عمان، الأردن، دار الثقافة.
- الإمام، محمد صالح، الجوالده، فؤاد عيد (2010 ـ ب)، **الإعاقات التطورية والفكرية، تطبيقات تربوية من منظور نظرية العقل**، عمان، الأردن، دار الثقافة.
- الإمام، محمد صالح، الجوالده، فؤاد عيد (2010 ـ ج)، **السلوكات الدالة على نظرية العقل**، عمان، الأردن، دار الثقافة.
- الإمام، محمد صالح، الجوالده، فؤاد عيد (2010 ـ د)، **التوحد ونظرية العقل**، عمان، الأردن، دار الثقافة.
- الإمام، محمد صالح، الجوالده، فؤاد عيد (2009)، المناخ الأسري وعلاقته **بالأمن الفكري لدى المراهقين ذوي الإعاقة البصرية**، كلية الأمير نايف بن عبد العزيز لدراسات الأمن الفكري/جامعة الملك سعود 18 ـ 21/ 2009/5، السعودية.
- الإمام، محمد صالح، الجوالده، فؤاد عيد (2008)، **مراحل تطور نظرية العقل** لدى المعاقين عقلياً، بحث منشور، مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس، العدد 32، الجزء الرابع.

ثانياً: المراجع الانجليزية

- Aarons, M. and Gittens, T.(1993) The Handbook of Autism: A Guide for Parents and Professionals. London and New York: Routledge.
- Adrien, J.L., Lenoir,P, Martineau,J., Perrot,A., Hameury, L., Larmande,C. and Sauvage, D.(1993) ' Blind ratings of early symptoms of autism based upon family home movies. ' Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry, 32,617-626.
- Adrien, J. L., Perrot , A., Sauvage , D,Leddet , I, Larmande ,C., Hameury , L. and Barthelemy,C.(1992) 'Early symptoms in autism from family home movies: evaluation and comparison between 1st and 2nd year of life using I. B .S. E.scale'. Acta Paedopsychiatrica ,55,71-75.
- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edition) (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arin, D. M, Bauman,M. L. and Kemper, T.L, (1991)'The distribution of Purkinjie cell loss in the cerebellum in autism.' Neurology,47(Suppl.1),307.

- Asarnow, R. F., Tanuay, P. E., Bott, L. and Freeman, B.J.(1978) 'Patterns of intellectual functioning in nonretarded autistic and schizophrenic children.' Journal of Child Psychology and Psychiatry,28,273-280.
- Aston, G.(2000) 'Through the eyes of autism.' Good Autism Practice,1(2),11.
- Attwood, T.(1999) 'Modifications to Cognitive Behaviour Therapy to accommodate the unusual cognitive profile of people with Asperger's Syndrome.'Autism 99 Conference Papers. www.autism99.org
- Attwood, T.(2000)'The Autism epidemic: Real or imagined? 'Autism and Asperger's Digest,November/December,London: NAS.
- Ayres,A.J.(1979) Sensory Integration and the Child. Los Angles: Western Psychological Services.
- Bailey, A. Philips,W. and Rutter,M.(1996) 'Autism: towards an integration of clinical, genetic ,neuropsychological and neurobiological perspectives.' The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines,37(1),89-126.
- Baranek, G. T.(1999) 'Autism during infancy: a retrospective video analysis of sensory-motor and social behaviors 9-12 months

of age.' Journal of Autism and Developmental Disorders 29,213-224.

- Baron-Cohen, S.(1998)'Autism and "Theory of Mind":an introduction and review,' Communication,Summer,9-12.
- Baron-Cohen, S.(2000) 'Is Asperger's syndrome/High functioning Autism necessarily a disability? ' Invented submission for Special Millennium Issue of Developmental and Psychology Draft: 5th January2000.
  www.geocities.com/CapitolHill/7138/lobby/disability.htm
- Baron-Cohen, S.(2003) 'Mind Reading :An Interactive Guide to Emotions. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Baron -Cohen, S., Allen, J. and Gillberg , C.(1992) 'Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack and the CHAT,' British Journal of Psychiatry,161,839-843.
- Bauman,M.(1991) 'Microscopic neuroanatomic abnormalities in autism, 'Pediatrics,87.791-796.
- Bauman, M .L. and Kemper, T.L (1985)" Histoanatomic observations of the brain in early infantile autism.'Neurology,35,866-874.
- Bilken, D.(1990) 'Communication unbound: autism and praxis.' Harvard Educational Review, 60,291-314.

- Bishop, D.V.M.(1993) 'Autism ,executive functions and theory of min' a neuro-psychological perspective.' Journal of Child Psychology and Psychiatry,34,79-293.
- Bogdashina, O.(2003) Sensory Perceptual Issues in Autism and Asperger Syndrome: Different Sensory Experiences-Different Perceptual Worlds, London: Jessica Kingsley Publishers.
- Bogdashina,O.(2004) Communication Issues in Autism and Asperger Syndrome: Do we speak the same language? London: Jessica Kingsley Publishers.
- Bondy, A.S. and Frost, L . A. (1994) 'The Delware Autistic Program.' In S. L. Handleman (eds.) Pre-school Education Programs for Children with Autism. Austin, TX:Pro-Ed.
- Bonvillian, J . D. and Nelson, K, E.(1978) 'Development of sign language in autistic children and other language-handicapped individuals.' In P. Siple (ed) Understanding Language Through Sign Language Research, New York : Academic Press.
- Bosch, G. (1970) Infantile Autism(translation D Jordan and I. Jordan), New York: Springer- Verlag.
- Bowler, D.M. and Thommen E.(2000) 'Attribution of mechanical and social causality to animated displays by children with autism.' Autism ,4,147-171.

- Caldwell, P.(2004) Crossing the Minefield. Brighton: Pavilion Publishing.
- Carroll, M AJ.(2007) Cytogenetics. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 18th Ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier;: chap 81.
- Cass,H.(1996) 'Visual impairments and autism-What we know about causation and early identification.' Autism and Visual Impairment Conference. Sensory Series,5,2-24.
- CIBRA (2004) Open letter to Families Considering Intensive Behavioural Therapy for Their Child with Autism. http://users.1st.net/cibra/about.htm
- Cohen, D .J., Pau ,R .and Volkmar, F.R(1986) 'Issues in the classification of Pervasive and other developmental disorders: Towards DSM-IV.' Journal of the American Academy of Child Psychiatry,25(2),213-220.
- Comi, A. M., Zimmerman, A.W., Frye, V. H., Law, P.a., and Peden, N.J.(1999)'Families clustering of autoimmune disorders and evaluation of medical risk factors.' Journal of Child Neurology. 14(6),388-394.
- Cook, E . H. Jr., Charak , D.A., Arida, J., Spohn, J.A., Roizen, N. J. M. and Leventhal, B. I. (1994)'Depressive and obsessive-compulsive

symptoms in hyperserotonemic parents of children with autistic disorder. Psychiatry Research,52,25-33.

- Courchesne,E.(1995) 'New evidence of Cerebellar and brainstem hyposolasia in autistic infants, children and adolescents: the MRI imaging study by Hashimoto and colleagues. Journal of Autism and Developmental Disorders ,25,19-22.
- Courchesne,E. (1996) 'Biological aspects of autism: abnormal Cerebellar activity in autism alters cortical and subcortical systems.' International Pediatrics , 10(2),155-165.
- Courchesne, E.Townsend, J. and Saitho, O.(1994) 'The brain in infantile autism: posterior fossa structures are abnormal.' Neurology,44,214-223.
- Crossley, R. and Remington-Gurney, J.(1992) 'Getting the words out: facilitated communication training.' Topics in Language Disorders,12(4),29-45.
- Dahlgren, S .O. and Gillberg, C.(1989) 'Symptoms in the first two years of life: a preliminary population study of infantile autism.' European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences,238,169-174.
- Dahlgren,S.and Trillingsgaard ,A .(1996) 'Theory of mind in nonretarded children with autism and Asperger syndrome

and nonspeaking children with cerebral palsy: a non handicap specific deficit? Paper presented at Autism - Europe Congress, Barcelona.

- Daniel J. Povinelli (2003), The Chimpanzee's Theory of How the World Works (Paperback).
  http://www.amazon.com/Folk-Physics-Apes-Chimpanzees
- Delacato, C.(1974) The Ultimate Stranger: The Autistic Child. Noveto, CA:Academic Therapy Publications.
- Denclkla, M.B.(1983) 'The neuropsychology of social - emotional learning disabilities.' Archives of Neurology,40,461-462.
- Dennison,P.(2004) Brain Gym International.
  www.braingym.org/faq.html
- Doman, R.Jr.(1984) 'Sensory deprivation.' Journal of the National Academy of Child Development,4,6.
- Dunn, W.(2001) 'The sensations of everyday life: Empirical, theoretical, and Pragmatic considerations.' The American Journal of Occupational Therapy,55(6),608-620.
- Eaves, R.(1996) 'Autistic disorders.' In P. Wehman and P. McLaughlin(eds) Mental Retardation and Developmental Disabilities (2nd edition).Boston: Andover Medical Publishers, pp.201-216.

- Eisenmajor, R., Prior, M .and Leekam, S.(1996) 'Comparison of clinical symptoms in autism and Asperger's disorder.' Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,35,1523-1531.
- Ermer, J. and Dunn, W.(1998) 'The sensory profile: a discriminant analysis of children with and without disabilities,' American Journal of Occupational Therapy,52,283-290.
- Evans,L.(1999) 'Other people's children.' Special Children ,November / December,11-12.
- Eaves, R.(1996) 'Autistic disorders.' In P. Wehman and P. McLaughlin (eds) Mental Retardation and Developmental Disabilities (2nd edition).Boston: Andover Medical Publishers, pp.201-216.
- Fay, W. and Schuler, A.(1980) Emerging Languages in Children with Autism. Baltimore, MD: University Park Press.
- Flanagan, P.(2001) 'What is autism?' Autism Today. www.autistoday.com/creative/What-is-Autism.htm
- Frith, U.(1970) 'Studies in pattern detection in normal and autistic children:1.Immediate recall of auditory sequences.' Journal of Abnormal Psychology,76,413-420.
- Firth, U.(ed.)(1991) Autism and Asperger Syndrome. Cambridge: Cambridge University Press.

- Firth, U.(2003) Autism: Explaining the Enigma, second edition. Oxford: Basil Blackwell.
- Firth, U., Soares, I. and Wing,L.(1993) 'Research into the earliest detectable signs of autism: What parents say.' Communication, 27(3),16-18.
- Gaffney,G.R. and Tsai, L.Y.(1987) 'Brief report: magnetic resonance imaging of high level autism.' Journal of Autism and Developmental Disorders,17,433-438.
- Garner, I. and Hamilton, D.(2001) 'Evidence for central coherence: Children with autism do experience visual illusions.' In J.Richer and S.Coates (eds) Autism: The Search for Coherence. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Genetic and Rare Diseases Information Center, (2009), Genetic and Rare Diseases Information Center (GARD).
- Gense, M. H. and Gense, D. j.(1994) 'Identifying autism in children with blindness and visual impairment,'Review,26,56-62.
- Gepner, B., Mestre, D., Masson, G. and de Schonen, S.(1995) 'Postural effects of motion vision in young autistic children.'Newsreport, 6,1211-1214.
- Gerland, G.(1998) 'Now is the time! Autism and Psychoanalysis.' Code of Good Practice on Prevention of Violence against

Persons with Autism. The DAPHNE Initiative of the European Commission: Autism-Europe Publication.

- Gernsbacher, M.A.(2004)'Autistics need acceptance, not cure. www.autistics.org/library/acceptance.html
- Ghaziuddin, M., Butler, E., Tsai, L. and Ghaziuudin, N.(1994) 'A Brief report: A comparison of the diagnostic criteris for Asperger Syndrome.' Journal of Autism and Developmental Disorders, 22,643-649.
- Gilchrist, A., Green, J., Cox, A., Burton, D., Rutter, M. and Le Couteur, A. (2001) 'Development and current functioning in adolescents with Asperger's syndrome.' Journal of Child Psychology and Psychiatry,42,227-240.
- Gillberg, C.(1991)'Clinical and neurological aspect of Asperger syndrome in six family studies. 'In U.Firth (ed.)Autism and Asperger Syndrome. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gillberg, C.(1998) Asperger syndrome and high functioning autism.' British Journal of Sychiatry,172,200-209.
- Gillberg,C.,Ehlers,S.,Schaumann,H.,Jacobson,G.,Dahlgren,S.O.,Lind bolm,R.,Bagenhold,A.,Tjust,T.and Blinder, E.(1990)'Autism under 3 years: a clinical study of 28 cases referred for

autistic symptoms in infancy, Journal of Child Psychology and Psychiatry,31,921-934.

- Gillberg, C., Rusmusssen, P., Carlstrom, G., Svenson, B. and Waldensrom, E.(1982) 'Perceptual motor and attentional deficits in six -year-old children: epidemiological aspects.' Journal of Child Psychology and Psychiatry 23,131-144.
- Gillberg,C.,Steffenburg,S.and Jacobson,G.(1987) 'Neurobiological findings in 20 relatively gifted children with Kanner - type autism or Asperger syndrome. 'Developmental Medicine and Child Neurology, 29,641-649.
- Gillberg, I. and Gillberg, C.(1989) 'Asperger syndrome: some epidemiological considerations,' Journal of Child Psychology and Psychiatry,33,813-842.
- Gilliam,J.(1995) Gilliam Autistic Rating Scale. Autism, TX :Pro-Ed.
- Girary, E. F., Altkin, W.M.,Vaught ,G .M .and Roodin, P.A. (1976)'The incidence of eidetic imagery as a function of age.' Child Development,4 (47),1207-1210.
- Goodgive .j.,: Autism , The Resource foundation of children with challenges , 2000, U.S.A.
- Grady, D.,(1998): Low Resolution Physical Mapping of Human Chromosome 5: Cloning the Cri du Chat, Critical Regions

Human Genome Program Contractor-Grantee Workshop IV, New Mexico.

- Grandin,T.(1996)My Experiences with Visual Thinking, Sensory Problems and Communication Difficulties. Centre for the Study of Autism. www.autism.org/temple/visual.html
- Grandin, T.(2000) 'My mind is a web browser: how people with autism think.' Cerebrum,2(I),14-22.
- Grandin, T.(2002) An Inside View of Autism. www.autismtoday.com/articles/An_Inside_View_OF_Autism.htm
- Gray, C.A.(1998) 'Social Stories and Comic Strip Conversations with students with Asperger syndrome and High-Functioning autism.' In E. Schopler and G.B. Mesibov and L . J. Kunce (eds.) Asperger's Syndrome and High-Functioning Autism. New York: Plenum Press.
- Greenspan, S.I.(2001)'The Affect Diathesis Hypothesis: the role of emotions in the core deficit in autism and in the development of intelligence and social skills.' The Journal of Developmental and Learning Disorders, Special Edition,5(1),1-46.
- Greenspan, S.I and Wieder, S.(1997) 'Developmental patterns and outcomes in infants and children with disorders in relating and communicating: a chart review of 200 cases of children

with autistic spectrum diagnoses.' Journal of Developmental and Learning Disorders,1,87-141.

- Greenspan, S. ,Wieder, S. and Simons, R.(1998)The Child with Special Needs: Encouraging Intellectual and Emotional Growth. Cambridge, MA: Da Capo Press.
- Gupta,S.,Aggarwal,S.and Heads,C. (1996) 'Brief report: dysregulated immune system in children with autism: beneficial effects of intravenous immune globulin on autistic characteristics' Journal of Developmental and Learning Disorders, 26(4),439-452.
- Hagberg, B.(1995) 'Rett syndrome: clinical peculiarities and biological mysteries.' Acta Pediatrica,84,971-976.
- Happe' F (1994) Autism: An introduction to Psychological Theory. London: UCL Press.
- Happe' F.(1995) 'The role of age and verbal ability in the theory of mind task performance of subjects with autism.' Child Development,66,843-855.
- Harber, R . N. and Harber, L.R.(2000) 'Eidetic imagery as a cognitive skill. 'In A. H .Forman (ed.)Encyclopedia of Psychology. Washington, DC: The American Psychological Association.
- Hashimoto, T., Tayamata, M.,Murakawa,K.,Yoshimoto,T., Miyazaki, M., Harada, M., and Kuroda, Y.(1995)'Development of the

brainstem and cerebellum in autistic patients.' Journal of Autism and Developmental Disorders,25(1),1-18.

- Hermelin, B.(2001) Bright Splinters of the Mind: A Personal Story of Research with Autistic Savants.London:Jessica Kingsley Publishers.
- Hobson, R. p .(1989)'Beyond cognition ' a theory of autism.' In G.Dawson (ed.) Autism:Nature,Diagnosis,and Treatment. New York: Gulford , pp.22-48.
- Hobson, R.P.(1995)'Blindness and psychological developmento-10 years.' Paper to Mary Kitzinger Trust Symposium, September 1995,University of Warwick.
- Hoshino, Y.,Kumashiro, H.,Yashima,Y.,Tachibana, R.Watanabe, M.and Furukawa, H.(1982)'Early symptoms of autistics children and its diagnostic significance.' Folia Psychiatrica et Neurologica Japanica,36,367-374.
- Howlin, P.and Moore,A.(1997) 'Diagnosis in autism: a survey of over 1200 parents in the UK. 'Autism: The International Journal of Research and Practce,1,135-162.
- Institute of Human Genetics (2004) : What are Genetic Disorders? U.S.A.

- Jarrods , C., Boucher, J. and Smith, P.(1993) 'Symbolic Play in autismia review. Journal of Autism and Developmental Disorders,23,281-307.
- Jennings Linehan, S.(2004) 'Commentary for Aspar: Asperger's Syndrome as a parenting-disability.' www.aspires-relationships.com/articles-commentary-for-aspires.htm
- Jolliffe, T., Lakesdown, R .and Robinson, C.(1992) 'Autism, a personal account.'Communication,26(3),12-19.
- Jordan, R.(1999) Autistic Spectrum Disorder: An Introductory Handbook for Practitioners. London: David Fulton Publishers.
- Jordan, R.(2001) Autism with Severe Learning Difficulties. London: Souvenir Press.
- Jordan, R. R.and Powell, S. D.(1992) Investigating Memory Processing in Children with Autism. British Psychological Society Conferences,15-16 December, London.
- Jordan, R.and Riding, R.(1995) 'Autism and cognitive style.' In P, Shattock (ed.) Proceedings of the International Conference: Psychological Perspectives in Autism. Durham, Sunderland: Autism Research Unit/NAS.

- Jordan, R. Jones, G. and Murray,D.(1998) An evaluative and comparative study of current educational interventions for children with autism: a literature review and current research.DfEE Research Report,77.London:DfES.
- Kanner, L.(1943)'Autistic disturbances of affective contact.' Nervous Child,2,217-250.
- Katharine, E., (2004) : Exploring Autism: The Search for a Genetic Etiology , The Child Advocate Autism and Genetics Page, U S A.
- Keintz, M . A .and Dunn, W.(1997) 'A comparison of the performance of children with and without autism on the Sensory Profile. American Journal of Occupational Therapy,51,530-537.
- Klin, A.(1994)'Asperger syndrome.' Child and Adolescent Psychiatry Clinic of North America,3,131-148.
- n A, and Volkmar, F.R.(1996) Asperger Syndrome: Some Guidelines for Assessment, Diagnosis and Intervention. Yale/LDA Social Learning Disability Study. Yale : Learning Disabilities Association of America.
- Klin, A., Sparrow, S. S,Volkmar, F. R., Cicchetti, D.V. and Rourke, B.p.(1995) 'Asperger syndrome.' In B.P.Rourke(ed)Syndrome of Nonverbal Learning Disabilities:Neuro-developmental Manfistations.NewYork Guildford Press,PP.93-118.

- Klin, A., Volkmar, F.R., and Sparrow, S.S(1992) 'Autistic social dysfunction: some limitations of the theory of mind hypothesis.' Journal of Child Psychology and PSYCHIATRY,3(3),861-876.
- Knobloch, H. and Pasamanick, B.(1975) 'Some etiological and prognostic factors in early infantile autism and psychosis. 'Pediatrics,55,182-191.
- Kochmeister, S.(1995) 'Excerpts from "Shattering Walls". Facilitated Communication Digest,5(3)9-11.
- Kohen-Raz, R., Volkmar, F.R. and Cohen, D.J.(1992) 'Postural control in children with autism.' Journal of Autism and Developmental Disorders,22,419-432.
- Krug, D. Arlick, J. and Almond, P.(1980) 'Behaviour checklist for identifying severely handicapped individuals with high levels of autistic behaviour. 'Journal of Child Psychology and Psychiatry,21,221-229.
- Kuhl, P., Williams, K. A., Lacerda, F., Stevens, K .N. and Lindbolm, B.(1992) 'Linguistic experience alters phonetic perception in infants by six months of age.' Science,255,606-608.
- Lawson, W.(2001) Understanding and Working with the Spectrum of Autism: An Insider's view. London: Jessica Kingsley Publishers.

- Le Couteur ,A.Rutter ,M.,Lord, C., Rios, P., Robertson, S.,Holdgrafer, M.and McLennan, J.(1989) 'Autism diagnostic interview: a standardized investigator-based instrument. Journal of Autism and Developmental Disorders,19,363-387.
- Lord, C.(1984) 'The development of peer relations in children with autism.' In F. Morrison, C. Lord and D. P. Keating (eds.) Applied Developmental Psychology. New York: Academic Press,(Vol.1,pp.165-229).
- Lord, C. Rutter ,M .and Le Caouteur, A.(1994) 'Autism diagnostic interview-revised : a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders.' Journal of Autism and Developmental Disorders,24,659-685.
- Lord , C., Rutter, M., Goode, S., Heemsbergen, J, Jordan, H., Mawhood, L.and Schopler, E.(1989) 'Autism diagnostic observation schedule.' Journal of Autism and Other Developmental Disorders19(2),185-212.
- Lovaas, O.I.(1987) 'Behavioral treatment and normal intellectual and educational functioning in autistic children.' Journal of Consulting and Clinical Psychology,55,3-9.

- Manjivional, J. and Prior, M.(1995) 'Comparison of Asperger syndrome and high-functioning autistic children on a test of motor impairments.' Journal of Autism and Developmental Disorders,25(1),23-39.
- Mesibov, G.B.(1993)'Treatment outcome is encouraging.' American Journal of Mental Retardation,97,379 390.
- Miller,J.L.,Cermak,S.,Lane and Anzalone (2004) 'Defining SPD and its subtypes: position statement on terminology related to sensory integration dysfunction.
  www.spdnetwork.org/aboutspd/defining.html
- Mitchell, P. and Ropar, D.(2004) ' Visuo-spatial abilities in autism: A review.' Infant and Child Development,13,(3),185-198.
- Morrell, F. Whisler, W. and Smith, M.(1992) 'Landau-Kleffner Syndrome Treatment with suppial intracortical transaction.' Brain. 1529-1546.
- Morris, B.(1999) 'New light and insight, on an old matter.' Autism99 Internet Conference Papers. www.autism99.org
- Mottron, L. ,Burack, J. and Robaey, P.(1999) 'Perceptual processing among high-functioning persons with autism.' Journal of Child Psychology and Psychiatry40(2),203-211.

- Moynahan, M.(1999) 'Thank you for saving my son from autism.'You,August,35-36.
- Muris, P.,Steerneman, P.and Merchelbach, H.(1998) 'Difficulties in understanding of false belief: specific to autism and other developmental disorders?' Psychological Report.82,51-57.
- Muskie (1999) 'Institute for the study of the neurologically typical. http://isnt.autistics.org/isnt-text.html
- Naseef,R.(2001) Special Children, Challenged Parents, Baltimore. Paul H . Brookes.
- Nind, M. and Hewett, D.(1994) Access to Communication: Developing the Basics of Communication with People with Severe Learning Difficulties through Intensive Interaction. London: David Fulton.
- Noll, P., & Mclaren,B.,(2001) : William s Syndrome, The Resource For Children With Challenges , U.S.A.
- O'Neill. J.L.,(1999) Through the Eyes of Aliens: A Book about Autistic people .London: Jessica Kingsley Publishers.
- O'Reilly, B.A.and Waring ,R.H.(1993) 'Enzyme and sulphur oxidation deficiencies in autistic children with known

food/chemical intolerances.' Journal of Orthomolecular Medicine 8(4),198-200.

- Ornitz,E.M.(1969) 'Disorders pf perception common to early infantile autism and schizophrenia.' Comprehensive Psychiatry,10,259-274.
- Ornitz, E.M.(1974) 'The modulation of sensory input and motor output in autistic children.' Journal of Autism and Childhood Schizophrenia,.4,197-215.
- Ornitz,E.M.(1983)'The functional neuroanatomy of infantile autism.' International Journal of Neuroscience,.19,85-124.
- Ornitz,E.M.(1985) 'Neurophysiology of infantile autism.' Journal of the American Academy of Child Psychiatry,24,251-262.
- Ornitz, E. M., Guthrie, D. and Farley, A.J.(1977) 'The early development of autistic children.' Journal of Autism and Childhood Schizophrenia,7,207-229.
- Ornitz, E. M., Guthrie, D .and Farley, A.J.(1978) 'The early symptoms of childhood autism.' Cognitive Deficits in the Development of Mental Illness. New York: Brunner/Mazel.
- Ozonoff, S.(1995)'Executive function in autism.' In E.Schopler and G.B.Mesibov (ed.)Learning and Cognition in Autism. New York: Plenum Press.

- Ozonoff, S., Rogers, S.J.C .and Pennington, B.F.(1991) 'Asperger's syndrome: evidence of empirical distinction from high-functioning autism .'Journal of Child Psychology and Psychiatry,32,1107-1122.
- Ozonoff, S., Strayer, D.L., McMahon, W. M. and Filloux, F.(1994) 'Executive function abilities in autism and Tourette syndrome: an information processing approach.' Journal of Child Psychology and Psychiatry,35(6),1015-1032.
- Peeters,T.(1999) 'The training of professionals and parents in autism: key-code in the development of services.'Autism99 Internet Conference Papers, www.autism99.org
- Peeters,T. and Gillberg, CK(1999) Autism: Medical and Educational Aspects. London: Whurr Publishers.
- Peterson,C.C.and Seigel,M.(1995)'Deafness,conversation and theory of mind.'
- ' Journal of Child Psychology and Psychiatry,36,459-474.
- Phillips,K.(Undated)KJP's Asperger's Syndrome site and many other things. www.angelfire.com/amiga/aut

- Pomeroy, J.C., Frriedman, C.and Stephens, L.(1991) 'Autism and Asperger's : same or different?'' Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,30(1),152-153.
- Pring, L. and Hermelin, B.(2002) 'Numbers and letters: explcring on autistic savant's unpractised ability.' Neurocase,8,330-337.
- Prior, M., Leekam, S.,Ong, B., Eisenmajer , R.,Wing, L., Gould, J. and Dowe, D.(1998) 'Are there subgroups within the autistic spectrum? A cluster analysis of autism group of children with autistic spectrum disorders.'' Journal of Child Psychology and Psychiatry 39 (6) 893-902.
- Prizant,B.M.(1982) 'Gestalt processing and gestalt language acquisition in autism.' Topics in language Disorders,3,16-23.
- Prizant,B.M.(1983) 'Echolalia in autism: assessment and intervention.' Seminar in speech and Language,4,63-78.
- Prizant, B.M. and Wetherby, A .M.(1989) 'Enhancing language and communication in autism: from theory to practice.' In G. Dawson (eds),Autism: Nature, Diagnosis, and Treatment. New York: Guilford Press.
- Rapin, L.(1996)'Neurological examination. 'In L. Rapin (ed.) Preschool children with inadequate Communication: Developmental Language Disorder,Autism,Low IQ .London: MacKeith Press, pp.98-122.

- Rapin, L. and Allen ,D.(1983) 'Developmental language disorders: nosologic consideration.' In U. Kirk (ed.) Neuropsychology of Language, Reading and Spelling .NewYork:Academic Press.
- Rimland , B.(1964) Infantile Autism: The Syndrome and Its Implications for a Neural Therapy of Behavior. New York:Apleton Century Crofts.
- Rimland, B.(1987) 'Megavitamin B6 and magnesium in the treatment of autistic children and adults.' In E.Schopler and G. Mesibov (eds.) Neurobiological Issues in Autism. New York: Plenum Press.
- Rimland, B.(1994) 'Recovery from autism is possible.'ARRI, 8 (2),p.3.
- Rimland, B.(1995) 'Landau-Kleffner:More cases seen.''ARRI, 9 (2),pp 1,2.
- Rimland, B.(1999) 'The ABA controversy.' ARRI, 13 (3),p.3.
- Rivo, G.(1999) 'The life of Brian...and me.' Autism99 Internet Conference Papers. www.autism99.org
- Robinson,G.L.(1996) 'Irlen lenses and adults: Preliminary results of a controlled study of reading ,sped, accuracy and comprehension. The fourth International Irlen Conference

Papers,1-3 July,Cambridge,UK.San Diego ,CA:Irlen Institute Press.

- Ropar, D. and Mitchell, P.(1999)'Are individuals with autism and Asperger's Syndrome susceptible to visual illusions? 'Journal of Child Psychiatry and Psychology,40,1283-1292.
- Rourke,B.(1989) Nonverbal Disabilities: The Syndrome and the Model. New York: Guilford Press.
- Rumsey, J.M. Rapoport, J.L. and Sceery, W.R.(1985)'Autistic children as adults: psychiatric, social and behavioral outcomes. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 24,465-473.
- Rutterr,M.,AndersonWood,L.,Beckett,C.,Bredenkamp,D.,Castle,J., Groothues ,C., Kreppner, J., Keaveney, L.,Lord, C.and O' Conour, T.(1999)'Quasi-autistic patterns following global privation.' Journal of Child Psychology and Psychiatry ,40,537-549.
- Schopler, E. and Reichler, R.(1979) PEP. Autism, TX: Pro-Ed.
- Schopler, E. ,Reichler, R. and Lansing, M.(1980) PEP-R. Autism, TX: Pro-Ed.
- Schopler, E, Reichler, R.and Renner, B.(1980) Childhood Autism Rating Scale. Autism ,TX: Pro-Ed.

- Schulman, E.,(1999) 'Jake's puzzle.'
  http://trainland.tripod.com/elyane.htm.
- Scragg, P. and Shah, A.(1994) 'Prevalence of Asperger's Syndrome in a secure hospital.' British Journal of Psychiatrt, 165,769-782.
- Shah, A. and Frith.U.(1983) 'An islet of ability in autistic children: a research note.' Journal of Child Psychology and Psychiatry, 24,613-620.
- Shattock, P., and Savery, D.(1996)'Urinary profiles of people with autism: Possible implications and relevance to other research.' Therapeutic Intervention in Autism: Perspectives from Research and Practice, Durham: University of Durham Press.
- Sinclair, J.(1992) 'Bridging the gab: an inside view of autism.' In Schopler and G.B.Mesibov (eds.) High -functioning Individuals with Autism. New York: Plenum Press, pp.294-302.
  http://groups.google.com/group/bit.listerv.autism/msg/de557de57f3efaf4
- Sinclair, J.(1999) 'Why I dislike "person first" language.'
  http://web.syr.edu/~jisinclo/person_first.htm

- Smith,M.D.(1990)Autism and Life in the Co9mmunity:Successful Interventions for Behavioral Challenges .Baltimore, MD: Paul H.Brookes.
- Smith,T.(1999)'Outcome of early intervention for children with autism.' Clinical Psychology: Science and Practice,6,33-49.
- Smith,T., Klevstr and ,M. and Lovaas, O.I. (1995) 'Behavioral treatment of Rette's disorder: ineffectiveness in three cases.'American Journal of Mental Retardation, 100,317-322.
- Snyder,A.W.(1996)Breaking mindset. Keynotes address' The Mind's New Science.' Cognitive Science Miniconference,Macquarie University, 14 November.

  www.centreforthemind.com/publications/Breaking_mindset.htm
- Spears,S.,(2000) : Prader-Willi Syndrome , The Resource For Children With Challenges , U.S.A.
- Sweeney,B., & Klages ,P.,(2000) : Cri Du Chat Syndrome , The Resource For Children With Challenges , U.S.A.Synder, A.W. (1998) 'Breaking mindsets' Mind Languages, 13,1-10.
- Synder, A.W. and Mitchell, J.D.(1999) 'Is integer arithmetic fundamental to mental proceeding? The mind's secret

arithmetic.'Proceedings of the Royal Society of London, 266,587-592.

- Synder, A., Bossomaier,T.and Mitchell, D.J(2004)'Concept formation: "Object" attributes dynamically inhibited from conscious awareness.' Journal of Integrative Neuroscience, 3(1), 31-46.
- Stacey, P.(2004)The Boy Who Loved Windows: Opening the Heart and Mind of a Child Threatened with Autism. London: John Wiley and Sons.
- Stanton, M.(2000) Learning to Love with High-Functioning Autism: A Parent's Guide for Professionals. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Stanton, M.(2001) 'Educating the Health Professionals' The Challenge for Parents.' Talk delivered at Autism: challenging Issues; Continuing Ignorance conference,14 June 2001. www.mikestsnton.dsl.pipex.com/speech.html
- Stefanatos, G.A., Grover, W. and Geller, E. (1995) 'Corticosteroid treatment of language regression in pervasive developmental disorder.' Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry,43, (8).1107-1111.
- Stehli, A .(1999) Sound of Miracle: A Child's Triumph Over Autism. New York: Avon Books.

- Stone, W .L . and Hogan, K.L. (1993) 'A Structured parent interview for identifying young children with autism.' Journal of Autism and Developmental Disorders, 23,639-652.
- Sullivan, R.C.(1984) 'Parents as trainers of legislators, other parents, and researchers.' In E. Schopler and G. Mesibov (eds) The Effects of Autism on the Family; Current Issues in Autism. New York: Plenum Press,pp.233-246.
- Szatmari, P.(2000) 'The classification of autism.Asperger's syndrome and pervasive developmental disorder.'Candanian Journal of Psychiatry,45,731-738.
- Szatmari, P., Archer, L., Fishman, S., Streiner , D.L.,Wilson, F. (1995) 'Asperger's syndrome and autism: differences in behavior, cognition, and adaptive functioning.' Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry, 34,1662-1671.
- Tinberge, N. and Tinbergen, E.(1972/1984) Autism: New Hope for a Cure. Hemel Hempstead: Allen Unwin.
- Tonge, B.J., Brereton, A.V., Gray, K. M. and Einfield, S.L. (1999) ' Behavioural and emotional disturbance in high-functioning autism and Asperger Syndrome.'Autism,3,117-130.

- Turner, M.(1999) 'Generating novel ideas: fluency performance in high-functioning and learning disabled individuals with autism.' Journal of Child Psychology and Psychiatry,40,189-202.
- Wakefield, A.(1998) 'Ileal-lymphoid - nodulor hyperplasia, on-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children,' Lancet,351(9103,28 February), 637-641.
- Walters, A.S., Barrett, R. P. and Feinstein, C.(1999) 'Social relatedness and autism:current research,issues,and directions.' Research in Developmental Disabilities,11,303-326.
- Wang, P.P. and Bellugi, U.(1993) 'William's syndrome, Down syndrome and cognitive neuroscience.' American Research of Diseases of Children,147,1246-1251.
- Waterhouse, S.(1999) A Positive Approach to Autism. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Syndrome. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Williams D.(1996) Autism: An Inside-Out Approach: An Innovative Look at the 'Mechanics of Autism' and its Developmental' Cosins' . London: Jessica Kingsley Publishers.
- Wing, L.(1981) 'Asperger's Syndrome: clinical account.' Psychological Medicine,11,115-129.

- Wing,L.(1991) 'The Relationship between Asperger's syndrome and Kanner's autism .'In U. Firth (ed.) Autism and Asperger Syndrome. Cambridge University Press,pp.93-121.
- Wing,L.(1996) The Autistic Spectrum: A Guide to Parents and Professionals. London: Constable and Company.
- Wing,L.(1998) 'Classification and diagnosis-looking at the complexities involved.' Communications ,15-18.
- Wing, L .(2000) 'Past and future of research on Asperger's Syndrome.' In A. Klin, F.K. Volkmar and S.S. Sparrow(ed.) Asperger's Syndrome. New York : The Guildford Press, pp.418-432.
- Wing, L . and Attwood, A.(1987) 'Syndromes of autism and atypical development. 'In D. Cohen and A. Donnellan (eds) Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders. NewYork:John Wiley and Sons.
- Wing, L. and Gould, J.(1979) 'Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification. 'Journal of Autism and Developmental Disorders, 9(1),11-29.
- Wing, L. and Gould, J.(1991) Diagnostic Interview Schedule and Childhood Operation(DISCO).Bromley: Elliot House.

- World Health Organization (1992) International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems,10th edition(ICD-10) Geneva:WHO.
- Wozniak G, Noll T. Factor XIII and wound healing. 2002; 22(1): 59-62.

ثالثاً : المواقع الإلكترونية

- http://www.eric.ed.gov/
- http://philsci-archive.pitt.edu/archive
- www.autistic.org/library/spatial.html.
- www.autistic.org/library/tito-can.html
- www.is2d.org.uk/socialmodel.html
- www.geocities.com/CapitolHill/7138/lobby/Essay.htm
- www.planet.com/urers/blackjar/aisub
- www.autism.net/infoparent
- www.emr.vic.edu.au/disabwel/docs/wendy%20Lawson.doc
- http://ani.autistics.org/kim.html
- http://home.att.net/~ascaris1/recovery.html.
- http://home.att.net/~ascaris1/intro.html
- http://home.att.net/~ascaris1/ifa.html
- http://home.att.net/~ascaris1/genius.html
- http://home.att.net/~ascaris1/diff.html

- www.ani.autistics.org/joan-rich.html
- www.autism.org/temple/social.html
- http://within.autistic.org/gift.html
- www.geocities.com/~soonlight/SWCTL/ARTICLES/sesanom.htm
- http://www.laesperner.com/autism/perspectives_on_autism.htm
- www.invl.demon.n1/subm-brain.jane.eng.html
- www.autism99.org
- www.cureautismnow.org/tito/memories/my_memory.pdf
- http://w02-
  0211.web.dircon.net/peoplew/personal/jasmine.html
- http://as.laesperner.com/Big%20Picture.htm
- www.nas.org.uk/pubs/archive/hold.html
  http://home.sprynet.com/~schfer
- www.behaviorstore.com/behavior/default.asp?paC=article2
- www.autistic.org/library/noautadvcate.html
- www.spdnetwork.org/www.Aspergia.com
- http://isn.net/~jypsy/owpsawalker2.htm
- www.aspie.com/articlea8.html
- www.donnawilliams.net/new2/page5.html
- www.donnawilliams.net
- www.donnawilliams.net/new2/page14.html

- www.outismtoday.com/articles/commonsense.htm
- www.autismtoday.com/articles/An_Inside_View_OF_Autism.htm
- http://rarediseases.info.nih.gov/GARD/Disease.aspx?PageID=4&DiseaseID=5810



المؤلفان في سطور

الدكتور محمد صالح الإمام

- أستاذ التربية الخاصة المشارك في جامعة عمان العربية للدراسات العليا.
- مستشار التربية الخاصة في جمهورية مصر العربية.
- عضو الجمعية المصرية للفئات الخاصة.
- رئيس الجمعية العربية لصعوبات التعلم.
- له ثمانية كتب منشورة:
  - التفكير الناقد والإبداعي رؤية عصرية.
  - استراتيجيات علاج الاضطرابات اللغوية لذوي الإعاقات "التشخيص - العلاج".
  - أساسيات التربية الخاصة.
  - قضايا وآراء في التربية الخاصة.
  - الإعاقة العقلية ومهارات الحياة "في ضوء نظرية العقل".
  - الإعاقات التطورية والفكرية تطبيقات تربوية "من منظور نظرية العقل".
  - السلوكات الدالة على نظرية العقل.
  - التوحد ونظرية العقل.
- له ما يزيد عن سبعة وثلاثين بحثاً منشوراً في مجلات علمية محكمة.
- أشرف على ما يزيد عن ثمانية وسبعين رسالة جامعية لدرجتي الماجستير والدكتوراه.
- ناقش في العديد من الجامعات الأردنية والسودانية والخليجية.
- قام بتدريس ما يزيد عن عشرين مساقاً جامعياً في تخصصات التربية الخاصة والنمو وعلم النفس التربوي والقياس والتقويم.
- له العديد من المقالات في الصحف المصرية والأردنية والخليجية.
- شارك في العديد من المقابلات والبرامج الإذاعية والتلفزيونية العربية.
- شارك في تحكيم كتب وأبحاث للترقية في عدة جامعات عربية.
- شارك في العديد من المؤتمرات المحلية والدولية.
- البريد الالكتروني:
  - msha66@yahoo.com.
  - EMAM-SH@hotmail.com.

الدكتور فؤاد عيد الجوالده

- نائب عميد شؤون الطلبة في جامعة عمان العربية للدراسات العليا.
- أستاذ التربية الخاصة المساعد
- شارك في العديد من الدورات التدريبية الداخلية والخارجية.
- شارك في مؤتمرات داخلية وخارجية.
- شارك في ورشات عمل داخلية وخارجية.
- قام بالتدريس في كليات القوات المسلحة في الأردن والسعودية.
- قام بتدريس مساقات جامعية في تخصصات التربية الخاصة وعلم النفس.
- عضو في بعض لجان المجالس والجمعيات الرسمية في الأردن.
- عضو الجمعية العربية لصعوبات التعلم.
- له أربعة كتب منشورة:

- الإعاقة العقلية ومهارات الحياة "في ضوء نظرية العقل".
- الإعاقات التطورية والفكرية تطبيقات تربوية "من منظور نظرية العقل".
- السلوكات الدالة على نظرية العقل.
- التوحد ونظرية العقل.

- له خمسة أبحاث محكمة منشورة.
- البريد الالكتروني:

- jawaldehfuod@yahoo.com.
- jawaldehfuad@hotmail.com.



المؤلفان

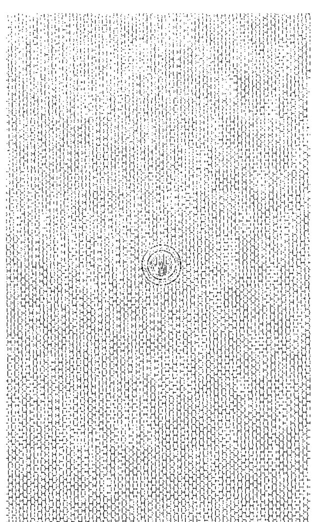
يسعدنا مشاركتكم لنا

عبر الموقع الالكتروني

MIND.YOO7.COM



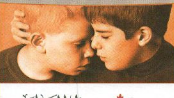




Mind Theory Series In Special Education 5

Autism
Parent's & Professional's Perspective

Autism
...nt's & Professional's Perspec...



Mo... Al-Emam

Fu... Jawaldeh

ISBN 9957-16-657-1
9 789957 166571



www.daralthaqafa.com

تصميم وإخراج: مكتب دار الثقافة للتصميم و الإنتاج